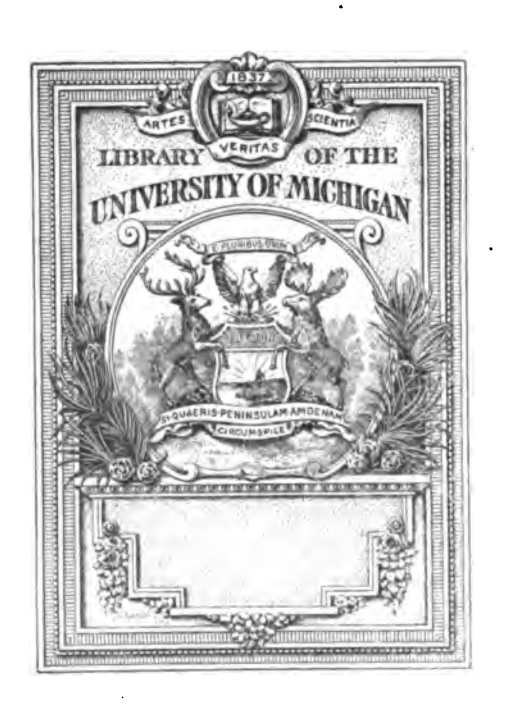
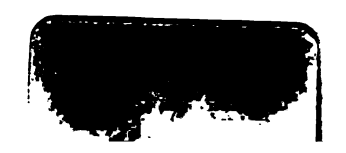

[redacted]
A 3 9015 00382 690 9
University of Michigan - BUHR


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Allgemeine Zeitschrift

für

Psychiatrie

und

psychisch-gerichtliche Medicin,

herausgegeben von

Deutschlands Irrenärzten,

unter der Mit-Redaktion von

Flemming Schwerin **von Krafft-Ebing** Graz **Nasse** Andernach **Schüle** Illenau

durch

H. Laehr.

Sechsunddreissigster Band.

Mit 4 Tafeln.

Berlin.
Druck und Verlag von G. Reimer.
1880.

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Seite

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Zweites und drittes Heft.

Originalien.

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Viertes Heft.

Originalien.

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Fünftes Heft.

Originalien.

Literatur.

Kleinere Mittheilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.

Statistisches über den Einfluss der Beköstigung und der Paralyse auf die Sterblichkeit der Irren.

Von

Sanitätsrath Dr. Fraenkel,
Director der Irrenanstalt zu Bernburg.

Als ich in Folge der Vereinigung der beiden Anhaltischen Irrenanstalten am 1. October 1875 nach Uebernahme der Direction der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt zu Bernburg am Schlusse des Jahres 1875 der Oberbehörde Bericht zu erstatten hatte, war ich von der erschreckenden Thatsache betroffen, dass im Laufe des J. 1875 unter 158 verpflegten Kranken nicht weniger als 16, und zwar 9 Männer und 7 Frauen gestorben waren, also über 10%.

Von 81 m. 9 i. e. $^1/_9$ = 11,11%
„ 77 w. 7 i. e. $^1/_{11}$ = 9,09 „

Hatte man guten Grund gehabt, die Höhe der Todeszahl auf Rechnung der unvortheilhaft belegenen, räumlich beschränkten Localitäten zu bringen, in welchen die Kranken bisher verpflegt worden waren, so fiel dieser Grund für die nächstfolgenden Jahre weg, nachdem die Kranken in den weiten und behaglichen Räumen der isolirt und hoch gelegenen, von weitläufigen Gartenanlagen umgebenen neuen Anstalt untergebracht waren.

Trotz dessen belief sich die Anzahl der im J. 1876 Gestorbenen unter 159 (85 m. 74 w.) verpflegten Kranken auf 17 (13 m. 4 w.), also auf 10,2%.

1877 wuchs die Zahl der Verpflegten auf 166 (89 m. 77 w.); die Zahl der Todesfälle fiel auf 13 (7 m. 6 w.).

Die hohe Zahl der Sterbefälle, welche trotz der Abmin-

Tabelle I.

Nachweis über Verbrauch an Nahrungsmitteln, Preis der Beköstigung pro Kopf und Tag, Sterblichkeit der verpflegten Kranken in 11 Irrenanstalten.

No.	Namen der Irrenanstalt.	Brod, Mehlspeisen, Hülsenfrüchte, Kartoffeln.	Fleisch, Fisch, Eier, Käse.	Butter u. Fett.	Milch, Bier.	Kaffee u. Surrogate, Thee.	Zucker.	Kochsalz.	Gesammtmenge der Nahrungsmittel.	Tägliche Ausgabe für Beköstigung pro Kopf.	Sterblichkeit d. Verpflegten. 1 : 100.
		Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Pfenn.	
1.	Allenberg 1876 .	Brod 738 Kart. 581 Gemüse 177	215	36	Milch 350 Bier 169	Kaf. 10 roh Cichor. 5 Thee 0,12	33 incl. Syrup	25	2360	65,75	6,55
2.	Bernburg 1877 .	Brod 640 Kart. 537 Gemüse 276	212	41	Milch 500 Bier 100	Kaf. 8,6 Surr. 4,1 Thee 0,28	16 Syr. 4,5	24	2370	69,1	7,83
3.	Brieg 1876 . . .	Brod 610 Kart. 447	104,6	34,4	Milch 167 Bier 200	7,22	10,25	20,5	1600	45,1	3,23
4.	Bunzlau 1876 . .	Brod 980 Kart. 308	98	35	Milch 76 Bier 194	5 gebrannt	7	19	1722	47,54	7,96

5.	Erlangen 1872/76	Brod 565 Kart. 402	219	25	Milch 150 Bier 309	Kaf. 9,27 Surr. 3,77	12,4	16,7	1712	91,66	11,5
6.	Friedrichsberg b. Hamburg 1875 .	Brod 570 Kart. 1000	183	33,5	Milch 270 Bier 505	—	—	—	2562	77,82	5,93
7.	Göttingen 1875 .	Brod 721 Kart. 733 Gemüse 265	173	54	Milch 250 Bier 57	Kaf. 10 Surr. 5 Thee 0,5	17	21	2306	—	5,8
8.	Hildesheim 1876 .	Brod 600 Kart. 779	191	33,39	Milch 334 Bier 82	Kaf. 9,53 Thee 0,06	17,12	—	2046	65	8,08
9.	Königslutter 1865/76	Brod 551	210	55,5	Milch 416 Bier 73	—	—	—	1305	73,9	8,21
10.	Leubus 1876 . .	Brod u. Kart. } 1550	184	39,4	840	11,55 gebr.	21,65	28,5	2674	—	6,86
11.	Stephansfelde 1875	Brod 537 Kart. 523	165	10,4	Milch 220 Bier 142	9,45	18,35	24	1854	53	6,62

Anm. Die Lücken in obiger Tabelle beruhen darauf, dass die Angaben in den bzw. Berichten theils fehlen, theils unbestimmt sind. Irrthümer in den Berechnungen wolle man damit entschuldigen, dass der grösste Theil der Angaben auf Kopf und Tag reducirt werden musste.

Tabelle I.

Nachweis über Verbrauch an Nahrungsmitteln, Preis der Beköstigung pro Kopf und Tag, Sterblichkeit der verpflegten Kranken in 11 Irrenanstalten.

No.	Namen der Irrenanstalt.	Brod, Mehlspeisen, Hülsenfrüchte, Kartoffeln.	Fleisch, Fisch, Eier, Käse.	Butter u. Fett.	Milch, Bier.	Kaffee u. Surrogate, Thee.	Zucker.	Kochsalz.	Gesammtmenge der Nahrungsmittel.	Tägliche Ausgabe für Beköstigung pro Kopf.	Sterblichkeit d. Verpflegten. 1 : 100.
		Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Grm.	Pfenn.	
1.	Allenberg 1876 .	Brod 738 Kart. 581 Gemüse 177	215	36	Milch 350 Bier 169	Kaf. 10 roh Cichor. 5 Thee 0,12	33 incl. Syrup	25	2360	65,75	6,55
2.	Bernburg 1877 .	Brod 640 Kart. 537 Gemüse 276	212	41	Milch 500 Bier 100	Kaf. 8,6 Surr. 4,1 Thee 0,28	16 Syr. 4,5	24	2370	69,1	7,83
3.	Brieg 1876 . . .	Brod 610 Kart. 447	104,6	34,4	Milch 167 Bier 200	7,22	10,25	20,5	1600	45,1	3,23
4.	Bunzlau 1876 . .	Brod 980 Kart. 308	98	35	Milch 76 Bier 194	5 gebrannt	7	19	1722	47,54	7,96

5.	Erlangen 1872/76	Brod 565 Kart. 402	219	25	Milch 150 Bier 309	Kaf. 9,27 Surr. 3,77	12,4	16,7	1712	91,66	11,5
6.	Friedrichsberg b. Hamburg 1875 .	Brod 570 Kart. 1000	183	33,5	Milch 270 Bier 505	—	—	—	2562	77,82	5,93
7.	Göttingen 1875 .	Brod 721 Kart. 733 Gemüse 265	173	54	Milch 250 Bier 57	Kaf. 10 Surr. 5 Thee 0,5	17	21	2306	—	5,8
8.	Hildesheim 1876 .	Brod 600 Kart. 779	191	33,39	Milch 334 Bier 82	Kaf. 9,53 Thee 0,06	17,12	—	2046	65	8,08
9.	Königslutter 1865/76	Brod 551	210	55,5	Milch 416 Bier 73	—	—	—	1305	73,9	8,21
10.	Leubus 1876 . .	Brod u. Kart. } 1550	184	39,4	840	11,55 gebr.	21,65	28,5	2674	—	6,86
11.	Stephansfelde 1875	Brod 537 Kart. 523	165	10,4	Milch 220 Bier 142	9,45	18,35	24	1854	53	6,62

* Anm. Die Lücken in obiger Tabelle beruhen darauf, dass die Angaben in den bzw. Berichten theils fehlen, theils unbestimmt sind. Irrthümer in den Berechnungen wolle man damit entschuldigen, dass der grösste Theil der Angaben auf Kopf und Tag reducirt werden musste.

minderung im J. 1877 immerhin im 3jährigen Durchschnitt noch auf 9% der Verpflegten sich belief, erschien um so bedenklicher, als von Anfang an seitens der Verwaltung Alles geschah, um etwaige nachtheilige Einflüsse zu beseitigen. Insbesondere wurde, in Rücksicht auf die von hervorragenden Psychiatern erhobene Meinung, dass die geringere oder grössere Sterblichkeit in Irrenanstalten von der mehr oder minder reichlichen und guten Beköstigung abhängig sei, mehr und mehr darauf Bedacht genommen, den Kranken diese Wohlthat zu verschaffen und die Erträge der Land- und Viehwirthschaft in diesem Sinne zu erhöhen und zu verwerthen. Um Nichts zu vernachlässigen und um an dem Verhalten anderer Anstalten das eigene zu prüfen und zu bemessen, wurde aus den zugegangenen Anstaltsberichten der letzten Jahre die vorstehende Tabelle entworfen, in welcher zur übersichtlichen Anschauung gebracht ist, was und wie viel den Kranken zur Nahrung gereicht wird und wie sich die Sterblichkeit dagegen verhält. Leider ist das dargebotene und verwerthbare Material nicht reichlich vorhanden und überdies zu bemerken, dass nur die Menge, nicht aber die Güte der Kost bestimmt werden konnte, für welche letztere der zugleich mit aufgeführte Kostenpreis eine nicht sichere Gewähr giebt (siehe Tab. I.).

Der erste Blick in diese Tabelle genügt, um zu erkennen, dass sie eigentlich das, was sie beweisen soll, nicht beweist, denn wir erkennen daraus nicht, dass die reichlichere Kost mit der geringeren Sterblichkeit immer Hand in Hand geht.

Ja es sieht fast wie Ironie aus, dass eine der ersten Zeilen, der wir darin begegnen, das Dogma von der Unfehlbarkeit der guten Kost nicht nur umzustossen, sondern geradezu auf den Kopf zu stellen scheint. Brieg, die schlesische Provinzialanstalt für Unheilbare und Sieche, ernährt seine Kranken mit den geringsten und wenigst kostspieligen Mitteln, gering an Masse und Gehalt, und doch hat dasselbe Brieg die wenigsten Sterbefälle (3%) aufzuweisen, während die an animalischen Nahrungsmitteln und Spirituosen reiche Verpflegung in Hamburg und Hildesheim mit grossem Kostenaufwande es nur zu einer Sterblichkeit von 5,93% resp. 8% bringt. Darf nun zwar eine so vereinzelte Thatsache nicht zur Be-

gründung einer Regel benutzt werden, so beweist doch der Ausnahmefall, dass es noch andere Verhältnisse geben müsse, als die reichere oder ärmlichere Beköstigungsweise, welche auf die Höhe der Sterblichkeit Einfluss üben. Denn unsere Tabelle weist ferner nach, dass auch bei reichlichster Verpflegung, wie sie in Königslutter vorhanden ist, die Mortalität eine bedeutendere Höhe (8,2%) als in Göttingen (5,8%) erreicht.

Dasselbe ist auch in Bernburg der Fall, wo die Summe der stickstoffhaltigen Nährmittel von derjenigen in den reicheren Anstalten nicht wesentlich differirt. Trotz dessen ist hier die Zahl der Todesfälle eine so beträchtlich hohe. Der Grund dafür ist mithin nicht in der Mangelhaftigkeit der Beköstigung, sondern in Anderem zu suchen.

Dieser andere Grund ist meines Erachtens zunächst in der paralytischen Seelenstörung zu finden, welche in der Bernburger Anstalt in hervorragender Weise auftritt und zu zahlreicheren Todesfällen Veranlassung giebt. Zum Beweise dessen diene nachstehende Tab. II.

Wir ersehen aus Tab. II., dass:

1.	währ. in Preussen i. J. 1876 von 100 Verpflegten	7,81	mit Tod abgingen,
	in Anhalt i. Mittel d. 3 Jahre „ „ „	9,48	starben; dass
2.	in Preussen unter . . . . „ „	6,22,	
	in Anhalt „ . . . . „ „	10,11	Paralyt. sich bef.;
3.	in Preussen „ . . . . . . 100 Paralytik.	82,4,	
	in Anhalt „ . . . . „ „	87,7	starben;
4.	in Preussen „ . . . . . . 100 Gestorben.	22,6,	
	in Anhalt „ . . . . „ „	52	Paralyt. sich bef.

Noch auffälliger treten diese Verhältnisse an's Licht, wenn wir die beiden Geschlechter gesondert betrachten. Dann sehen wir:

in Preussen unter					
100 i. J. 1876 überhaupt Verpflegten	M.	9,73	W.	2,19	mit Paralyse
in Anhalt unter					
100 i. J. 1876 überhaupt „	„	17,6	„	4	„ „
in Preussen unter					
100 verpflegten Paralytischen	„	82,85	„	80,24	verstorben
in Anhalt unter					
100 verpflegten „	„	71,4	„	83,3	„
in Preussen unter 100 Verstorbenen . .	„	85,1	„	10,1	mit Paralyse
in Anhalt „ „ „ . .	„	77	„	2	„ „

Tabelle II.

Vergleichende Uebersicht der in den Irrenanstalten des Kön. Preussen u. des Herzogth. Anhalt verpflegten und gestorbenen Kranken, resp. paralytischen Geisteskranken.

	Kön. Preussen.			Hzgth. Anhalt.								
	1876.			1875.			1876.			1877.		
	M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.	M.	W.	Sa.
Geisteskranke Individuen wurden verpflegt	10754	9361	20115	81	77	158	85	74	159	89	77	166
Davon starben	979	612	1591	9	7	16	13	4	17	7	6	13
In Procenten	9,10	6,53	7,81	11,11	9,09	10,06	15,3	5,4	10,6	7,8	7,8	7,8
Paralytische wurden verpflegt	1047	205	1252	15	1	16	14	3	17	11	6	17
Davon starben	344	62	406	6	—	6	10	1	11	5	2	7
In Procenten	32,85	30,24	32	40	—	37,5	71,4	33,3	64,7	45,45	33,33	41,1
Verhältniss d. Paralyt. zu den überhaupt Verpflegten . .	9,73	2,18	6,22	18,5	1,3	10	17,6	4	10,7	12,36	7,8	10,24
Verhältniss der an Paralyse Verstorbenen zu den überhaupt Verstorbenen . . .	35,1	10,1	22,6	66,66	—	37,5	77	25	64,7	71,4	33,33	41,1
				Med. d. 3 J. 1875/77			71,66	19,4	47,7			

Wenn demnach die Sterblichkeitsziffer der Verpflegten überhaupt in Anhalt um circa 1,5% höher als diejenige in Preussen ist, so beruht das auf dem um 3,75% höheren Procentsatz der in Anhalt verpflegten Paralytiker. Dass die Mangelhaftigkeit der Kost, an welcher die letzteren bei ihrem bekannten Appetit reichlich participiren, nicht schuld an ihrer grösseren Sterblichkeit ist, wird aus Tab. I. ersichtlich sein.

Allerdings gilt hier der Einwurf, dass die Zahlen aus Anhalt denen aus Preussen gegenüber gar zu geringfügig und die Procentberechnung um so höhere Sätze liefert, je geringer die Krankenzahl ist. Das beweisen u. A. die im statistischen Bericht für 1876 enthaltenen Angaben aus den Provinzen Posen, Pommern, von Hohenzollern ganz abgesehen. So hatte Posen die geringste Zahl verpflegter männlicher Geisteskranken (207), darunter nur 18 Paralytiker, von denen 9 starben, mithin unter 8,7% Verpflegten 50% an Paralyse Verstorbener, — Pommern unter 379 verpflegten Männern 21 paralytische und ebenfalls 9 Verstorbene, d. i. auf 5,5% verpflegte Paralytiker 42,8% verstorbene, während in Prov. Brandenburg unter 2366 verpflegten männlichen Kranken 466 an Paralyse litten und von diesen 133 verstarben, d. i. von 19,7% verpflegten Paralytikern 28,5%. Auch Rheinland mit seiner nächstgrossen Zahl verpflegter männlicher Kranken (= 2199) hatte unter 178 paralytischen nur 49 i. e. 27,5% Todte.

Keine der Provinzen jedoch, Brandenburg ausgenommen, hatte eine so hohe Procentzahl an Paralyse leidender Männer, wie Anhalt [1]), welches räumlich sowohl wie in Bezug auf sociale Verhältnisse zwischen den Provinzen Brandenburg und Sachsen in der Mitte liegt.

Leider gewährt uns der statistische Bericht über die Geisteskranken in den (preussischen) Irrenanstalten keinen Einblick in die socialen Verhältnisse der Kranken in sp. der Paralytiker, auch die Detailberichte der einzelnen Anstalten geben

[1]) Die Reihenfolge ist diese: Schleswig-Holstein 4,56%; Hannover 4,56%; Westfalen 5,5%; Hessen-Nassau 5,46%; Pommern 5,54%; Rheinland 8,1%; Preussen 8,2%; Hohenzollern 8,33%; Posen 8,7%; Schlesien 10%; Sachsen 12,5%; Brandenburg 19,7%.

nicht hinreichendes Material um Vergleiche in dieser Hinsicht anstellen zu können. In Anhalt rekrutirt sich die Zahl der Paralytischen vorzugsweise aus dem Handwerker- und mittleren Bürger-, weniger aus dem Gelehrten- und Künstlerstande und noch weniger aus der ackerbautreibenden Bevölkerung. In hervorragendem Maasse wird der Stand der kleinen Kaufleute und der Subaltern-Beamten betroffen. In diesen Ständen sind nicht grosse Leidenschaften oder Nahrungssorgen als veranlassende Ursachen zur Krankheit anzuklagen, wenn Eines, so ist es die dürftige Kost, welche in vielen Fällen durch Branntwein- oder Biergenuss ersetzt wird. In Anstalten untergebracht erhalten diese Kranken jedenfalls eine nahrhaftere Kost als sie zu Hause zu sich zu nehmen gewohnt waren.

Werfen wir nochmals einen Blick auf Tab. I., so sehen wir, dass die Summe der Nahrungsmittel, welche in den meisten Anstalten gereicht wird, der von den Physiologen für einen erwachsenen Mann erforderten Menge theils gleichkommt, theils dieselbe übertrifft. Nach älteren Annahmen (*Valentin, Budge*) braucht ein erwachsener Mann 2,5—4 Kil. d. i. 0,5 bis 0,8 Kil. Trockensubstanz; nach *Voit*

ein kräftiger Arbeiter	tägl. a. Eiw.	137,	Fett	173,	Kohlehydrat	352	Gr.;
ein mittlerer Arbeiter	„ „ „	108,	„	56,	„	500	„
eine kränkliche Frau	„ „ „	56,	„	23,	„	304	„
eine Pfründnerin	„ „ „	80,	„	49,	„	266	„
ein Gefang. (im Minim.)	„ „ „	85,	„	30,	„	300	„
		93,2,	„	66,2,	„	344,4	„

Vergleichen wir hiermit die in Tab. I. gefundenen Mengen, so ergiebt sich für das niedrigste Maass in Brieg mit 0,320 Gr., für das höchste in Leubus mit 0,533 ein Durchschnittsquantum an Nahrungsmitteln, wobei die an Nahrungsbedürfnissen so verschiedenartigen Insassen der Irrenanstalten wohl bestehen können. Vergleichen wir nun aber gar die aus Tab. I. ermittelten Werthe der Nahrungsstoffe mit den von *Voit* erforderten Werthen, indem wir das Mittel aus den obigen 5 Kategorien ziehen, so findet sich, dass schon Brieg diese Bedingungen erfüllt [1]). In höherem Maasse ist das bei den übrigen

[1]) Die an Fett fehlenden 22 Gr. werden durch den Ueberschuss von 60 Gr. Kohlehydraten reichlich ersetzt, da 17 der letzteren 10 der ersteren gleichwerthig sind.

Tabelle III.

Verbrauch pro Kopf und Tag in:

1. Allenberg 1876 an

	Grm.		Eiweiss		Fett		Kohlehydrat	Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
Brod u. Mehlspeisen	738	Eiweiss	73,8	Fett	—	Kohlehydrat	369	48,4	85,4
Kartoffeln	581	„	11,6	„	—	„	129		
Fleisch, Ei, Käse	215	„	34,4	„	21,5	„	—		
Butter u. Schmalz	36	„	—	„	33,1	„	—		
Milch	350	„	14	„	3,5	„	17,5		
	1920		134		58		512,5		

2. Bernburg 1877 an

	Grm.		Eiweiss		Fett		Kohlehydrat	Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Karttoffeln.
Brod u. Mehlspeisen	640	Eiweiss	64	Fett	—	Kohlehydrat	320	54	74,75
Kartoffeln	537	„	10,75	„	—	„	129		
Fleisch etc.	212	„	34	„	21,2	„	—		
Butter etc.	41	„	—	„	40	„	—		
Milch	500	„	20	„	5	„	25		
	1930		128,75		66		474		

3. Brieg 1875 an

	Grm.		Eiweiss		Fett		Kohlehydrat	Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
Brod u. Mehlspeisen	610	Eiweiss	61	Fett	—	Kohlehydrat	305	26,4	70
Kartoffeln	447	„	9	„	—	„	92,4		
Fleisch etc.	104,5	„	21	„	10,4	„	—		
Butter etc.	34,3	„	—	„	32	„	—		
Milch	166	„	5,4	„	1,6	„	6,6		
	1362		96,4		44		404		

4. Bunzlau 1875 an

	Grm.	Eiweiss	Fett	Kohlehydrat	Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
Brod u. Mehlspeisen	980	98	—	490	18,7	104
Kartoffeln	308	6	—	65		
Fleisch, Ei	98	15,7	9,8	—		
Butter u. Schmalz	35	—	32,2	—		
Milch	76	3	0,75	3,8		
	1497	123	43	558		

5. Erlangen 1872/76.

	Grm.	Eiweiss	Fett	Kohlehydrat	Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
Brod u. Mehlspeisen	565	56,5	—	285,5	41	64,5
Kartoffeln	402	8	—	87		
Fleisch etc.	219	35	22	—		
Butter etc.	25	—	23	—		
Milch	150	6	1,5	7.5		
	1361	105,5	46,5	377		

6. Friedrichsberg an

	Grm.	Eiweiss	Fett	Kohlehydrat	Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
Brod u. Mehlspeisen	570	57	—	285	40,3	77
Kartoffeln	1000	20	—	218		
Fleisch etc.	183	29,3	18,3	—		
Butter etc.	33,5	—	30,6	—		
Milch	270	11	2,7	13,5		
	2056,5	117,3	51,6	516,5		

7. Göttingen 1875 an

	Grm.	Eiweiss	Fett	Kohlehydrat	Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
Brod u. Mehlspeisen	721	72,1	—	360	37,7	86,7
Kartoffeln	733	14,6	—	159		
Fleisch, Eier etc.	173	27,7	17,3	—		
Butter	54	—	50	—		
Milch	250	10	2,5	12,5		
	1931	124,4	70	532		

8. Hildesheim an

	Grm.		Eiweiss		Fett		Kohlehydrat
Brod u. Mehlspeisen Grm.	600	Eiweiss	60	Fett	—	Kohlehydrat	300
Kartoffeln	779	„	15,5	„	—	„	164
Fleisch etc.	191	„	30,5	„	19	„	—
Butter	34	„	—	„	30,6	„	—
Milch	334	„	13,4	„	3,4	„	16,6
	1938		119,4		53		480,6

Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
43,9	75,5

9. Königslutter an

	Grm.		Eiweiss		Fett		Kohlehydrat
Brod u. Mehlspeisen Grm.	551	Eiweiss	51,1	Fett	—	Kohlehydrat	275
Kartoffeln	?	„	—	„	—	„	—
Fleisch	210	„	33,6	„	21	„	—
Butter	55,5	„	—	„	51	„	—
Milch	416	„	16,6	„	4	„	20,8
	1232,5		101,3		76		295,8

Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
50,2	67?

10. Leubus 1875 an

	Grm.		Eiweiss		Fett		Kohlehydrat
Brod u. Mehlspeisen Grm.	775 } ?	Eiweiss	77,5 } ?	Fett	—	Kohlehydrat	335 } ?
Kartoffeln	775 }	„	15,8 }	„	—	„	163,5 }
Fleisch	184	„	29,3	„	18,4	„	—
Butter	39,4	„	—	„	36	„	—
Milch	840	„	33,6	„	8,9	„	42
	2613		156,2		62,8		540,5

Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
62,9	93,3 (?)

11. Stephansfelde an

	Grm.		Eiweiss		Fett		Kohlehydrat
Brod u. Mehlspeisen Grm.	537	Eiweiss	53,7	Fett	—	Kohlehydrat	268,5
Kartoffeln	523	„	10,4	„	—	„	110,8
Fleisch	165	„	26,4	„	16,5	„	—
Butter	10,4	„	—	„	9,3	„	—
Milch	220	„	9	„	2,2	„	11
	1455,4		99,5		28		390,3

Eiweiss in Fleisch u. Milch.	Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.
35,4	64,1

Demnach ist die Reihenfolge der 11 Anstalten in Rücksicht auf Verbrauch an Eiweiss, Fett und Kohlehydraten folgende:

Eiweiss.		Fett.		Kohlehydrate.		Eiweiss in Fleisch u. Milch.		Eiweiss in Brod u. Kartoffeln.	
1. Leubus	156	1. Königslutter	76	1. Bunzlau	558	1. Leubus	62,9	1. Bunzlau	104
2. Allenberg	134	2. Göttingen	70	2. Leubus	540	2. Bernburg	54	2. Leubus	93 (?)
3. Bernburg	128	3. Bernburg	66	3. Göttingen	532	3. Königslutter	50	3. Göttingen	86
4. Göttingen	124	4. Leubus	63	4. Friedrichsbg.	516	4. Allenberg	48,4	4. Allenberg	85
5. Bunzlau	123	5. Allenberg	58	5. Allenberg	509	5. Hildesheim	43,9	5. Friedrichsbg.	77
6. Hildesheim	119	6. Hildesheim	53	6. Hildesheim	480	6. Erlangen	41	6. Hildesheim	75
7. Friedrichsberg	117	7. Friedrichsberg	52	7. Bernburg	474	7. Friedrichsberg	40,3	7. Bernburg	74,75
8. Königslutter	105	8. Erlangen	46,5	8. Brieg	404	8. Göttingen	37,7	8. Brieg	70
9. Erlangen	105	9. Brieg	44	9. Stephansfeld	390	9. Stephansfeld	35,4	9. Königslutter	67 (?)
10. Stephansfeld	100	10. Bunzlau	43	10. Erlangen	377	10. Brieg	26,4	10. Erlangen	64,5
11. Brieg	96	11. Stefansfelde	28	11. Königslutter	296 (?)	11. Bunzlau	18,7	11. Stefansfelde	64,1

? ? Die Berechnungen für Leubus und Königslutter sind mangelhaft, da bei ersteren die Angaben über Brod und Kartoffeln nicht getrennt sind, bei letzterem die über Kartoffeln fehlen.

Anstalten der Fall, wie aus der vorstehenden Zusammenstellung ersichtlich wird. Zur Erläuterung der vorstehenden Tabellen diene, dass die Werthe für Brod und Mehlspeisen an Eiweiss mit 10%, an Kohlehydraten mit 50%, für Kartoffeln an Eiweiss mit 2%, an Kohlehydraten mit 21,8%, für Fleischspeisen an Eiweiss mit 16%, an Fett mit 10%, für Butter und Schmalz an Fett mit 92%, für Milch an Eiweiss mit 4%, an Fett mit 1%, an Kohlehydraten mit 5% berechnet sind (Tabelle III.).

Es würde zu weit führen, sämmtliche obige Zahlen mit den von den Physiologen erforderten Werthen zu vergleichen. Es muss das den Interessenten überlassen werden. Nur einige Beispiele mögen zur Erläuterung dienen. Allenberg führt seinen Kranken nur 3 Grm. Eiweiss weniger zu, als der „kräftige Arbeiter“ zu seiner Erhaltung bedarf. Das fehlende Fett ersetzt es durch einen Ueberschuss an Kohlehydraten. Hildesheim erfüllt fast buchstäblich die Bedingungen für den Bedarf des mittleren Arbeiters, wenn es die fehlenden Kohlehydrate durch den 11 Grm. betragenden Ueberschuss an Eiweiss deckt (?). Die „Pfründnerin“, welche bei 80 Eiweiss, 49 Fett, 266 Kohlehydrate sich behaglich wohl fühlt, würde in Brieg bei 96 Eiweiss, 44 Fett und 404 Kohlehydrate eine luxuriöse Kost geniessen; auch Bunzlau reicht zum Ersatz für die geringe Menge Eiweiss im Fleische durch Brod und Kartoffeln eine so reichlich eiweisshaltige Kost, wie ein gewöhnlicher Arbeiter deren nicht bedarf. Freilich warnt *Voit* vor dem Zuviel an Kohlehydraten, deren Maxim. 500 Grm. nicht übersteigen soll.

Ob aber hoch oder niedrig, mehr oder minder richtig bemessen, — die Nahrung allein scheint nicht der wesentliche Factor für die Höhe der Sterblichkeit zu sein, wenn man die angeführten Beispiele mit einander vergleicht.

Fernere Nachricht über die Meierei Zschadrass bei der Irrenanstalt Colditz.

Von

Medicinalrath Dr. Voppel,

Director der Landesirrenanstalt zu Colditz.

(Hierzu Tafel I.)

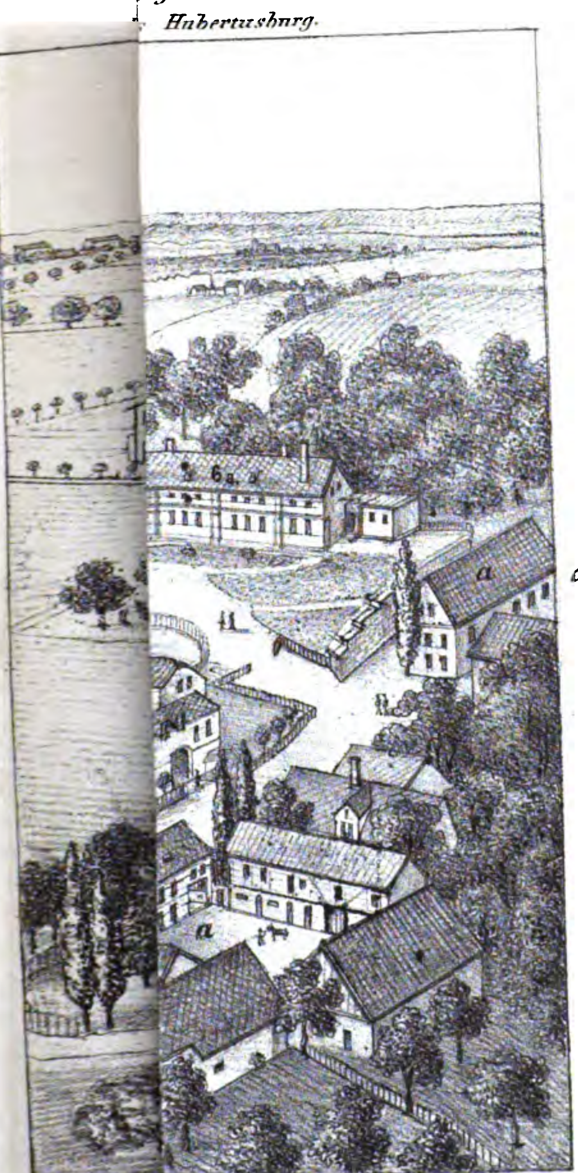
Nach Ablauf eines Decennium dürfte es wohl an der Zeit und vielleicht nicht ganz unwillkommen sein, den Fachgenossen über die weitere Entwickelung unserer agricolen Ergänzung der geschlossenen Anstalt ein möglichst anschauliches Bild zu liefern. Es scheint gegenwärtig der rechte Zeitpunkt dazu eingetreten zu sein, da — mit Ausnahme fortgesetzter Bestrebungen für weiteren Erwerb von Ländereien — ein vorläufiger Abschluss in Bezug auf die Belegung der in baulicher Hinsicht bisher in Aussicht genommenen Wohnlichkeiten gegeben ist. Innerhalb dieser Grenzen hat nunmehr die Meierei bis Ende 1877 den Umfang einer mittelgrossen Irrenanstalt erreicht. Bereits überschreitet die Zahl der in unseren Besitz übergegangenen, bez. neu erbauten Wohnhäuser die der übrigen Bewohnerschaft des kleinen Dorfes nicht unbedeutend und nicht gar weit darf man sich den Zeitpunkt entfernt denken, wo die gegenwärtigen Besitzer es in ihrem Interesse finden werden, ihre Grundstücke bis auf einen verschwindend kleinen Rest auf die Meierei zu übertragen. Erst dann aber wird der rein ländliche Charakter der ganzen Ansiedelung gewonnen und gewahrt werden können, wenn man in der Lage sein wird, die Mehrzahl der Bauerhäuser in ihrer ursprünglichen Gestalt

Taf. I.

Allgem…

…rg bei

… Hubertusburg.



W.

O.

Lith. In…

mit kleineren Gruppen der Irrsinnigen zu besetzen und die nur interimistisch erbauten, etwas casernenartigen, wenn auch äusserlich wohlgestalteten und ihrem Zweck vorübergehend wohl entsprechenden Baracken (s. v. v.) ganz einzuziehen oder anderen Aufgaben dienstbar zu machen. Noch bevor dieses Ziel erreicht ist, wird sich aber die Herrichtung einer kleinen, der Vergrösserung fähigen Centralanstalt unvermeidlich machen, um der steten Zurückversetzung periodisch nicht in den ländlichen Rahmen passender oder psychisch-somatisch Erkrankter überhoben zu sein, welche Zurücknahme eine Quelle mehrfacher Unzuträglichkeiten für die genannten Kranken ist. Auch könnte alsdann der Kreis, innerhalb dessen man aus polizeilichen und anderen Rücksichten sich bislang zu halten hatte, ganz wohl ohne die jetzt begründeten Bedenken erweitert werden, wenn man in einer beiden Absichten dienenden Reserveanstalt einen sicheren und zu den genannten Zwecken ausreichenden Stützpunkt gewonnen haben wird.

Im Anschlusse an frühere Mittheilungen im Irrenfreund und dem vorliegenden Journale wird es genügen, um der Vollständigkeit willen die einzelnen Bildungsstadien unseres Unternehmens kurz zu resümiren und die gewonnenen Resultate bis zum heutigen Tage nach den zur Richtschnur dienenden Hauptaufgaben zur vollen Beleuchtung zu bringen, da wir in allen übrigen Beziehungen nur geringe Abweichungen von dem in dieser Zeitschrift B. 29 Dargelegten zu verzeichnen haben würden. Diese Hauptaufgaben sind zunächst:

1) den Irrsinnigen eine nach ihrer Beschaffenheit dienliche und weitmöglichste Freiheit innerhalb eines ländlichen Gebietes zu gewähren,

2) den wohlthätigen Einfluss der Landluft und einer durch ihre Mannichfaltigkeit und Natürlichkeit die Kräfte der Irren übenden und sie allmählig fesselnden Beschäftigung zu gewinnen,

3) die ohne Zwang erfolgte Zurückdrängung ungeordneter und zielloser oder schädlicher Bestrebungen unter die Herrschaft gemeinnützlicher Thätigkeit practisch zu erweisen, und

mit kleineren Gruppen der Irrsinnigen zu besetzen und die nur interimistisch erbauten, etwas casernenartigen, wenn auch äusserlich wohlgestalteten und ihrem Zweck vorübergehend wohl entsprechenden Baracken (s. v. v.) ganz einzuziehen oder anderen Aufgaben dienstbar zu machen. Noch bevor dieses Ziel erreicht ist, wird sich aber die Herrichtung einer kleinen, der Vergrösserung fähigen Centralanstalt unvermeidlich machen, um der steten Zurückversetzung periodisch nicht in den ländlichen Rahmen passender oder psychisch-somatisch Erkrankter überhoben zu sein, welche Zurücknahme eine Quelle mehrfacher Unzuträglichkeiten für die genannten Kranken ist. Auch könnte alsdann der Kreis, innerhalb dessen man aus polizeilichen und anderen Rücksichten sich bislang zu halten hatte, ganz wohl ohne die jetzt begründeten Bedenken erweitert werden, wenn man in einer beiden Absichten dienenden Reserveanstalt einen sicheren und zu den genannten Zwecken ausreichenden Stützpunkt gewonnen haben wird.

Im Anschlusse an frühere Mittheilungen im Irrenfreund und dem vorliegenden Journale wird es genügen, um der Vollständigkeit willen die einzelnen Bildungsstadien unseres Unternehmens kurz zu resümiren und die gewonnenen Resultate bis zum heutigen Tage nach den zur Richtschnur dienenden Hauptaufgaben zur vollen Beleuchtung zu bringen, da wir in allen übrigen Beziehungen nur geringe Abweichungen von dem in dieser Zeitschrift B. 29 Dargelegten zu verzeichnen haben würden. Diese Hauptaufgaben sind zunächst:

1) den Irrsinnigen eine nach ihrer Beschaffenheit dienliche und weitmöglichste Freiheit innerhalb eines ländlichen Gebietes zu gewähren,

2) den wohlthätigen Einflüss der Landluft und einer durch ihre Mannichfaltigkeit und Natürlichkeit die Kräfte der Irren übenden und sie allmählig fesselnden Beschäftigung zu gewinnen,

3) die ohne Zwang erfolgte Zurückdrängung ungeordneter und zielloser oder schädlicher Bestrebungen unter die Herrschaft gemeinnützlicher Thätigkeit practisch zu erweisen, und

4) durch Heranbildung eines lebenskräftigen Factors für Einfügung eines neuen Verpflegungsmodus der Irren in bereits bestehende Organisationen den Unterbringungs- und Verpflegungsaufwand namhaft zu ermässigen.

In wieweit diesen Forderungen durch die Leistungen der Meierei Zschadrass entsprochen worden und welche derselben noch zu erstreben sind, soll nun sine ira et studio durch folgende Anführungen erörtert werden.

Wie schwer es fällt, die über das rechte System der Irrenverpflegung einander bekämpfenden Ansichten auf wissenschaftlichem Gebiete zu versöhnen und auszugleichen, da jede ihre erfahrungsmässige Berechtigung hat, weiss Jeder von uns, der mit Aufmerksamkeit den jüngst erhobenen Streitfragen gefolgt ist, oder selbst an ihnen, sei es positiv, sei es negativ, Theil genommen hat: Dass das Gheel'sche „Paradies" etwas von seinem Nimbus eingebüsst und erst in neuerer Zeit eine mehr entsprechende Gestaltung erfahren hat, wird wohl gegenwärtig allseitig zugestanden. Aber auch mit dieser Reform wird eine durch mehrere Jahrhunderte hindurch geheiligte Familien-Gepflogenheit, wie sie die Campine bietet und nach örtlichen Verhältnissen ermöglicht, als Verpflegungsmodus für eine grössere Anzahl von Irren in Deutschland für jetzt schwerlich Eingang finden können. Auch irgend welche andere Form familiärer Verpflegung in grösserem Maassstabe, welche eine continuirliche ärztliche Ueberwachung in sich schliesst, und lediglich das Wohlbefinden der Irrsinnigen anstrebt, wird auf lange hinaus, wenn überhaupt realisirbar, viele Schwierigkeiten finden. Selbst wenn der Kostenpunkt nicht in Betrachtung gezogen werden soll. Es galt nun für uns, wo der Boden für Niederlassung von Irren, mitten unter einer allen Neuerungen ohnehin abgeneigten Landbevölkerung nicht im Mindesten vorbereitet war, die Anfänge einer solchen mit der äussersten Vorsicht in's Werk zu setzen, um der anfangs allseitig mit Misstrauen und Zweifeln aller Art aufgenommenen factischen Begründung eines ländlichen Filials mit möglichst freier Verfassung Eingang und bei den Volksvertretern zureichende Unterstützung zu verschaffen.

Damit soll gleichzeitig hier dem Vorwurf begegnet sein,

der von der Hindernisse unkundiger Seite mehrfach erhoben worden ist, dass die den Irren hier gewährte Freiheit sich aus vorgefasster Meinung über einen verhältnissmässig zu geringen Procentantheil der Anstaltspfleglinge zu erstrecken scheine.

Nicht nur, dass die Sache neu, durch glückliche Inauguration an anderen Orten noch keineswegs festgestellt, die Unterbringung einer grösseren Anzahl von Irren auf einem anfangs kleineren Areal erst nach Ausführung vieler Um- und Neubauten zu bewerkstelligen war, sondern es musste auch in Berücksichtigung gezogen werden, der guten Sache nicht von vorn herein dadurch zu schaden, dass unfügsame, der Landwirthschaft entwöhnte oder unkundige Elemente die Geneigtheit der brauchbaren und willigen Kranken hemmten, das Zusammenleben störten und durch ihr Gebahren die bestehende Abneigung der Umwohner steigerten, somit aber stete Conflicte hervorgerufen und schliesslich die Einpflanzung der Irren mitten in eine dichte Landbevölkerung nicht wenig erschwert haben würden: kurz, es mussten erst Erfahrungen gemacht, etwaige Missgriffe unverzüglich verbessert und bei der Vertheilung und Freiheitsgewährung der einzelnen Kranken die grösste Vorsicht angewendet werden. So wurde bis zum heutigen Tage der Grundsatz aufrecht gehalten, jeden Neuaufgenommenen erst einer mehrmonatlichen genauen Beobachtung in der Anstalt zu unterziehen, bevor er der Meierei einverleibt werden kann: dagegen hat man sich selbst durch höhere Grade der Indolenz, geistiger Apathie und eines Stadium der Verblödung, welches zu jeder einiges Nachdenken erfordernden Arbeit unfähig gemacht zu haben schien, durchaus nicht abschrecken lassen und wiederholt überraschend günstige Resultate von diesem Eingriff in die tiefste Versunkenheit gewonnen. — Im ruhigen Fortschreiten und unter möglichster Schonung der Anwohner sind wir in verhältnissmässig kurzer Zeit dahin gelangt, die bestehenden Vorurtheile nach und nach abzuschwächen und das Unternehmen ebenso nach aussen sicher zu stellen, wie es sich im Innern mehr und mehr befestigt und die betheiligten Kranken mit einer Befriedigung hinsichtlich ihrer jetzigen Lage erfüllt hat, die zwar bei so

Manchen die Sehnsucht nach der Heimath nicht ganz ausser Cours setzt, bei einem Vergleich mit dem Leben in der geschlossenen Anstalt aber den unbestrittenen Vorzug vor diesem ganz ausser Zweifel stellt.

Sämmtliche Baulichkeiten sind hart oder, wie die Baracken mit Cementpappe, feuersicher gedeckt, die Fenster unvergittert und nur ein zur vorübergehenden Isolirung bestimmter (zuweilen auch zur Einbettung eines physisch Erkrankten dienender) Parterreraum durch eine verschliessbare Jalousie geschützt: dagegen sind alle gewöhnlichen Stubenfeuerungen durch Rundschlüssel zu sperren. Die freie Bewegung in der Umgebung des Dorfes und dem anliegenden Laub- und Nadelholz (ehemaliger Thiergarten) ist der Mehrzahl gestattet und wird fleissig benutzt. Für Erholung innerhalb unseres Bodengrundes sorgen bei günstigem Wetter ein gedeckter Kegelschub, verschiedene Anlagen mit freier Umsicht und bei ungünstiger Jahreszeit die Lese-, Billard- und Spielsäle in der II. und IV. Baracke.

Zunächst muss wohl das Wachsthum der Bevölkerung und deren Bewegung in der Meierei in nähere Betrachtung gezogen werden. Zugegangen sind der Colonie vom 6. April 1868 bis Ende 1877 überhaupt

488 m. Verpflegte

und zwar vom 6. April bis Ende des J. 1868	=	72	m. V.
im Jahre 1869	=	35	„ „
„ „ 1870 } Bauzeit	=	23	„ „
„ „ 1871 } Bauzeit	=	27	„ „
„ „ 1872	=	58	„ „
„ „ 1873	=	46	„ „
„ „ 1874	=	86	„ „
im Jahre 1875 Erbauung d. Bar. III.	=	39	„ „
im Jahre 1876	=	64	„ „
im Jahre 1877 Erbauung d. Bar. IV.	=	38	„ „
uts.		488	m. V.

Der Abgang innerhalb des Decennium beziffert sich mit 207 und zwar

		dav. in d. Anst. zur.	in d. Kran- kenh.	ge- storb.	beurl.	entl.	entw.
1868 in Sa.	9	7	vac.	1	1	—	—
1869 „ „	34	13	8	1	10	—	2
1870 „ „	17	7	4	—	2	—	4
1871 „ „	14	3	2 (†)	1	7	—	1
1872 „ „	9	2	2 (†)	1	3	—	1
1873 „ „	19	8	7 (†)	—	3	—	1
1874 „ „	23	4	6 (2†)	1	7	—	5
1875 „ „	32	4	18 (3†)	2	4	—	4
1876 „ „	24	2	14 (9†)	1	1	—	6
1877 „ „	26	3	11 (6†)	1	4	1	6
	207	53	72 (32†)	9	42	1	30

In einem zehnjährigen Zeitraum war demnach ein Abgang von 207 = 42,41 des Gesammtszugangs zu verzeichnen. Der erstere umfasst aber:

1) in die Anstalt Zurückgenommene 53 = 26,08%,
2) in die Anstalt Eingebrachte . . 72 = 34,78%,
3) in der Meierei Gestorbene . . 9 = 4,34%,
4) auf Dauer Beurlaubte . . . . 42 = 30,28%,
5) Entlassungen . . . . 1 = 0,48%,
6) Entweichungen . . . . 30 = 14,49%,

100,45%.

Durch nachträgliche Beurlaubung, bez. Entlassung von 4 Entwichenen steigt die Ziffer der unter 3 u. 4) aufgeführten Kategorien auf 22,56%. Von ihnen kehrten innerhalb eines 3jährigen Zeitraums zurück 10 (1 sogar 2 mal), nach bereits erfolgter Entlassung hingegen 3, so dass, mit Einschluss von 2 ohne vorherige längere Beurlaubung Entlassenen, 35 = 7,17% des Gesammtzugangs oder 16,90% des Gesammtabgangs als definitiv geheilt, bez. wesentlich gebessert in ihrer Heimath verblieben sind.

Ist nun auch keineswegs der Aufenthalt in der Meierei als ausschliessliches Moment der eingetretenen Genesung, bez. Besserung, welche mehrentheils durch längeres Verweilen in der geschlossenen Anstalt eingeleitet worden war, anzusehen, so gewährt die freiere Verpflegung doch den unleugbaren Vortheil, den Kranken zu einem ihm mehr zusagenden Leben überzuführen, ihn zur Thätigkeit zu erwecken oder den irre-

geleiteten Drang in richtige Bahnen zu lenken, wie diese Umwandlung nicht eben selten an ganz versunkenen und verblödeten Irren, denen in der geschlossenen Anstalt durchaus nichts abzugewinnen war, erzielt und dauernd erhalten werden konnte. Sicherlich blieben auch uns gegentheilige Erfahrungen nicht erspart, welche als Ausnahmen die vielseitigen Vorzüge freier Verpflegung bei richtiger und eine Correctur nicht ausschliessender Auswahl der Kranken keineswegs zu schmälern vermögen. Auch die nur zeitweise Befreiung Irrsinniger von Wahnideen und krankhaften Impulsen hielt uns nicht ab, nach Rückkehr solcher Beurlaubter, die unter ungünstigen Aussenverhältnissen das erlangte Gleichgewicht wieder eingebüsst hatten, ihnen baldmöglichst die bevorzugte Freistatt abermals zu eröffnen, und sahen wir davon die günstigsten Folgen. Ist es doch auch als ein Gewinn für die Kranken zu betrachten, wenn sie eine längere Zeit ausserhalb der Anstalt auf ihre eigenen Kräfte mehr oder weniger angewiesen blieben und nach Vereitelung ihrer Hoffnung ihnen die Rückkehr unter die Anstaltsfürsorge als Erlösung aus oft sehr misslichen Verhältnissen erscheinen muss.

Die Erweiterung des Areals konnte nach der Oertlichkeit nur allmälig vor sich gehen und vermochte mit der anwachsenden Kopfzahl der Kranken keineswegs Schritt zu halten, da wir fast nur auf gelegentliche Ankäufe von Ortsbewohnern angewiesen waren. Inzwischen half uns die Erpachtung von Feld- und Wiesengrundstücken aus und anderen Theils war uns auch die eingetretene Arbeitercalamität insofern von Nutzen, als die Annahme von landwirthschaftlichen Arbeiten aller Art, wie nachher gezeigt werden soll, von fremden Gutsbesitzern und Gemeinden der Umgegend als willkommene Aushülfe sich darbot. In erstgenannter Beziehung wird nachstehende Uebersicht vollen Aufschluss geben. Im April 1868 wurde das kleinere Gut, im Juni bereits der grössere gegenwärtig noch als Haupt- und Wirthschaftsgut geltende Complex für den Gesammtpreis von 114,000 M. erworben und bereits in den nächsten Jahren baulich adaptirt, bez. völlig umgebaut.

Jahrgang.	Eignes Areal d. I.-Anst.	im Laufe d. Jah. erkauft.	Desgl. erpachtet	Zahl der Verpflegten und Proc. d. Männer in der ges. Anst.
v. 16./4. 1868	65 Ack. 75 □R. [1]	wie vorst.	—	64 = 8,96% d. Ges. Best.
1869	desgl.	—	—	65 = 8,91 „ „ „ „
1870	desgl.	—	—	71 = 9,64 „ „ „ „
1871	69 Ack. 177 □R.	4 Ack. 102 □R.	—	84 = 11,06 „ „ „ „
1872	desgl.	—	5 Ack. 10 □R.	133 = 16,29 „ „ „ „
1873	desgl.	—	30 „ 132 „	160 = 19,58 „ „ „ „
1874	desgl.	—	—	233 = 32,31 „ „ „ „
1875	desgl.	5 Ack. 166 □R.	—	230 = 33,33 „ „ „ „
1876	75 Ack. 43 □R.	9 „ 92 „	22 Ack. 34,5 „	270 = 37,13 „ „ „ „
1877	84 „ 135 „	— „ 2,5 „	—	282 = 36,48 „ „ „ „
31./10. 1878	84 „ 137,5 „	32 „ 254 „	Pachtung zu Ende	280 = 34,44 „ „ „ „
	Gesammtgebiet Ende 1878 = 117 Ack. 91,5 □R.			

Von diesem Landbesitz sind:

unter dem Pflug befindliches Ackerland	100 A.	253	□R.
Gärten und Wiesenland	12 „	275	„
Höfe und Gebäuderaum circa	3 „	163,5	„
	117 A.	91,5	□R.

Vom letzten Zuwachs an Ländereien an wird die bisherige 8 Felderwirthschaft in eine 10 Feldereintheilung zu je 8½ Acker sächs. umgewandelt werden.

Die Weiterentwickelung der Oeconomie, insbesondere die Vermehrung des Viehbestandes mit der damit verknüpften Erhöhung der Reinerträge bringt folgende Zusammenstellung zur Anschauung:

Jahrgang.	Bestand an				Reinertrag.
	Pferden.	Ochsen	Milchkühen.	Schweinen.	
1868	4	—	13	4	8588 M. 86 Pf.
1869	4	—	19	15	9815 „ 78 „
1870	4	4	19	15	7809 „ 76 „
1871	4	4	23	10	8027 „ 74 „
1872	4	2	23	10	11000 „ 15 „
1873	4	4	36	30	12430 „ 1 „
1874	5	4	31	27	11491 „ 53 „
1875	4	4	33	20	11008 „ 38 „
1876	4	4	34	26	10587 „ 36 „
1877	4	4	31	27	19373 „ 41 „
1878	5	8	42	30	noch aussenstehend.

[1]) 1 Acker s. = 300 □R. od. 0,55342 □M.

Aus dieser Uebersicht erhellt zugleich, dass in 10 Jahrgängen nur 2 (70 u. 76) in ihren Erträgnissen durch Ungunst der Witterungsverhältnisse — namentlich anhaltender Regen zur Erndtezeit — beeinträchtigt waren. Sonst war bei übrigens meist trefflichem Boden die Bewirthschaftung vom besten, nur durch kleine Unfälle, wie das vorübergehende Auftreten von Maul- und Klauenseuche unerheblich gestörtem Erfolge begleitet, woran, — wie dann näher gezeigt werden soll, die Mitwirkung sorglich herangebildeter und zahlreicher Arbeitskräfte keinen geringen Antheil hatte.

Die in der Meierei verrichteten Arbeiten haben wir, je nachdem sie als landwirthschaftliche auf eignem Areal oder als Lohnarbeiten im Freien (für grössere und kleinere Güter, Gemeinden etc. gegen entsprechende Vergütung), ferner als gemischte (im Anstalts- und ökonomischen Interesse), als reine Hausarbeiten, oder endlich als Manufacturen (Dütenfabrikat, Korb- und Strohflechterei) sich rubriciren liessen, nach diesen verschiedenen Aufgaben von dem Bestehen des ländlichen Filials an in nachstehendem Schema vereinigt:

1) landwirthsch. Arbeiten f. M.	= 124477 1/7	Tag,
2) Lohnarbeiten für Auswärtige	59633	„
3) gemischte Arbeiten . . .	52915 6/7	„
4) Hausarbeiten	115115 6/7	„
5) Manufacturen	37826 5/7	„
	389968 4/7	Tag,

wobei die Arbeitszeit im Durchschnitt zu 7 Stunden (8 in den Sommer-, 6 in den Wintermonaten) pro Tag berechnet ist,

= 2,729,780 Stunden.

Für die Meiereiarbeiten, soweit sie zu ökonomischen Zwecken geleistet worden, wird aus der Oekonomiekasse pro Tag à 7 St. 17,5 Pf. gezahlt, wogegen für Lohnarbeiten auf dieselbe Zeit 35 Pf. erhoben wird. Die letzteren ergeben einen Bruttoertrag von 8457 M. 29 Pf. für die letzten 3 Jahre: doch müssen davon auch alle ländlichen Werkzeuge und Geräthschaften, welche üblicher Weise der Arbeiter zur Stelle bringen muss, bestritten werden. Der Gesammtwerth sämmtlicher Arbeitstunden würde, nach dieser Taxe berechnet, die Summe von 67114 M. 37 1/2 Pf. betragen haben.

Da nun die Hälfte dieser Summe den Kranken auf der Meierei zugerechnet wird, die andere Hälfte aber in die Anstaltskasse zurückfliesst, also eigentlich als ein Theil des Nettoertrags der Meierei zu behandeln ist, so wird derselbe bei Abrechnung der Minderkosten eines Meiereiverpflegten gegen den Anstaltspflegling später mit in Anschlag gebracht werden müssen.

Berücksichtigt man die durchschnittliche Arbeiterzahl bei allen Beschäftigungsarten in der Meierei während der letzten 5 Jahre, die bereits eine stärkere Belegung aufzeigten, so kommen:

bis	Ende	1873	auf	1	Arbeiter	(207)	$219^{2}/_{7}$	Tage,
„	„	1874	„	„	„	(267)	239	„
„	„	1875	„	„	„	(308)	$256^{6}/_{7}$	„
„	„	1876	„	„	„	(358)	$284^{4}/_{7}$	„
„	„	1877	„	„	„	(420)	$296^{2}/_{7}$	„

Dieses Ansteigen der Leistungsfähigkeit liefert wohl den besten Beweis für den Eifer und die in freien Verhältnissen ebensowohl, als in der ansprechenden Arbeit begründete Anregung.

An eigentlich landwirthschaftlichen Arbeiten betheiligten sich unausgesetzt:

	A. Bei der Meierei				B. Bei Auswärtigen			
1868	39	M.	5271	Tage	(vom April an!)		vacat	
1869	29	„	$5749^{6}/_{7}$	„	6	M.	$264^{5}/_{7}$	Tage
1870	28	„	6642	„	10	„	$1045^{5}/_{7}$	„
1871	40	„	$7729^{3}/_{7}$	„	8	„	$364^{4}/_{7}$	„
1872	44	„	$8162^{6}/_{7}$	„	8	„	$1819^{2}/_{7}$	„
1873	50	„	$11841^{1}/_{7}$	„	10	„	$1802^{2}/_{7}$	„
1874	70	„	$18420^{3}/_{7}$	„	28	„	$5297^{4}/_{7}$	„
1875	56	„	$15267^{3}/_{7}$	„	70	„	12332	„
1876	60	„	$22817^{6}/_{7}$	„	50	„	$33899^{5}/_{7}$	„
1877	80	„	$22574^{6}/_{7}$	„	30	„	$53175^{1}/_{7}$	„

NB. 1872, 1873, 1874, 1876 und 1877 traten die hauptsächlichsten Zugänge an Personal erst Ende der betreffenden Jahrgänge mit dem Bezug neu errichteter Gebäude ein.

Unter Bezugnahme auf die vorerwähnten Umstände und mit Hinweis auf die durch anhaltend ungünstiges Wetter, Sistirung der ausgeführten Meliorationen und der Ausgrabun-

gen des Baugrundes sich mehr oder weniger in einzelnen Jahrgängen herausstellenden Missverhältnisse zwischen Arbeiterzahl und ländlicher Beschäftigung waren an der letzteren ausschliesslich betheiligt:

Jahrgang	1868	von	64	M.	=	39 (60,93%),
„	1869	„	65	„	=	35 (53,84%),
„	1870	„	71	„	=	38 (53,69%),
„	1871	„	84	„	=	48 (57,14%),
„	1872	„	133	„	=	52 (39,09%),
„	1873	„	160	„	=	60 (37,50%),
„	1874	„	223	„	=	98 (43,94%),
„	1875	„	230	„	=	126 (54,78%), endlich
„	1876	„	270	„	=	110 (40,74%) und
„	1877	„	282	„	=	110 (38,29%).

Die aus der Arbeit der Verpflegten gewonnenen und an die Anstaltskasse zurückgezahlte Lohnhälfte muss, wie wir oben gezeigt haben, als Gewinn den Reinerträgen zugetheilt werden. Dieser ergiebt nach den Jahrgängen:

	Lohnhälfte,		somit	Gesammtertrag:	
1868	821 M.	70 Pf.	=	9410 M.	56 Pf.,
1860	683 „	33 „	=	10499 „	11 „
1870	711 „	78 „	=	8521 „	48 „
1871	834 „	20 „	=	8861 „	64 „
1872	1028 „	34 „	=	12028 „	49 „
1873	1200 „	— „	=	13630 „	1 „
1874	4108 „	85 „	=	15600 „	38 „
1875	5641 „	80 „	=	16650 „	18½ „
1876	5111 „	29 „	=	15698 „	65 „
1877	5383 „	80 „	=	24757 „	21 „
	25525 M.	9 Pf.	=	135657 M.	71½ Pf.

Sämmtliche Gebäude der Meierei waren Ende 1877 mit 188400 M. und das gesammte Inventar (incl. das lebende) und Mobiliar-Vermögen mit

47236 M.

bei der Brandversicherung eingeschätzt.

Die Etats für Baulichkeiten nehmen bis Ende 1877 13135 M. 96 Pf. in Anspruch.

Indem wir nun eine Darlegung der finanziellen Vortheile

bei Herstellung einer agricolen Abtheilung in der Nähe einer grösseren Irrenanstalt, wie die unsere (gegenwärtig 840 Verpflegte incl. 26 Frauen) nachzuweisen versuchen, beschränken wir uns für jetzt auf folgende Punkte:

1) wie sich der Kostenaufwand für wohnliche Unterbringung,

2) für die ganze Verpflegung,

3) für Administration und Beaufsichtigung der Irren bei erstgenanntem Verpflegungsmodus im Gegensatz zu der geschlossenen Anstalt verhält. Von dem ersten Ankauf bis Ende October v. J. ist eine Summe von rund 510000 M. aufgewendet worden, von welcher 280000 M. dem rein landwirthschaftlichen Areale und Betriebe zur Last fallen, 220000 M. aber lediglich auf Herstellung und die nothwendigste Ausstattung der Baulichkeiten für Verpflegte zu beziehen sind. Während der productive Theil der Meierei bez. der auf sie verwendeten Kosten im Durchschnitt einen Zinsfuss von 7 % (einschliesslich des erhöhten Natural- und Inventarvermögens) ergeben hat, weist der unproductive Aufwand eine Belastung des Staates mit 733⅓ M. pro Kopf (282 Verpflegte und 18 Aufsichtspersonal) nach. Im Vergleich mit der hiesigen Anstalt, der natürlich diese Mehraufnahme von 300 Köpfen zugefallen sein würde, ist demnach eine Ersparniss von 500 M. pro Kopf erzielt worden, wenn nach hiesigen Erfahrungen der Kopf der Anstaltsbevölkerung — mit Ausschluss der Kirche, Küchen-, Wäsch- und Administrationsbaulichkeiten — in baulicher Beziehung mindestens 1200—1300 M. erfordert haben würde. Dies giebt für den Einzelnen einen Minderbedarf von 41,65 %, total für 300 Köpfe 150000 M. weniger, als für dieselbe Zahl in der geschlossenen Anstalt. Betreffs der leiblichen Verpflegung und Unterhaltung, ingleichen der von der Anstalt besorgten Administration ist ein wesentlicher Unterschied in der Höhe des Aufwandes für den Kranken selbst, wie früher speciell aufgeführt worden, auch jetzt nicht zu constatiren. Dagegen tritt bezüglich der erforderlichen Wärterzahl ein ganz auffallender und in staatsökonomischer Beziehung schwer wiegender Vortheil bei der Meiereiverpflegung zu Tage, welche letztere nur 1 Wärter zu 18 Verpflegten aufweist, wogegen die Anstalt das

Verhältniss von 1 : 9 festhalten muss. Der einzelne Wärter kommt im Durchschnitt auf 750 M. jährlich zu stehen: bei einem Minderbedarf von 15 Wärtern weist dies eine jährliche Ersparniss von netto 11000 M. auf. Nicht minder kommt in Betracht, dass alle Bauausführungen, Correctionen und Meliorationen in Folge der billigen Arbeitskräfte nicht nur in kürzerer Zeit, sondern auch erheblich wohlfeiler bewerkstelligt werden und dieser Umstand zu dem höheren Ertrag der Oekonomie seinen ansehnlichen Beitrag liefert. Jemehr aber durch Vergrösserung des Areals die Administrationskosten der Oekonomie sich noch vertheilen werden, um so grösser muss das Entlastungsprocent der Irrenverpflegung sich herausstellen, das gegenwärtig unter Beibehaltung eines Zinsfusses von 4,5% für das ertragfähige Land Alles in Allem auf 45% p. Kopf anzunehmen ist, wozu noch das auf 500 M. berechnete einmalige Mindererforderniss beim Bau hinzukommt. — Die allgemeinen Verhältnisse der „Colonie" sind noch die früher geschilderten. Der Oekonomie steht ein besoldeter Inspector vor, dessen Gattin in der Eigenschaft als Wirthschafterin die Melkproducte besorgt. Unter sie sind 2 Knechte (dabei ein gewesener Pflegling der Anstalt) und 4 Mägde gestellt und zwar jene für die Pferde und zur Ausführung der Feldbestellung mit dem Fuhrwesen, an welchem in Bezug auf die Ochsengespanne geeignete Verpflegte theilnehmen. Die Speisen und Getränke werden, wie schon berichtet, durch Verpflegte mittelst Handwagen in schwedischen Töpfen aus der Anstalt herbeigeschafft und spricht selbst im Winter die Erhaltung einer Temperatur von 60° R. sehr für diese Transportart (30 Minuten ab Anstalt). Das gleiche Verfahren der Anfuhre wird in Ansehung der Wäsche, Geräthschaften u. s. w., ferner mit Lieferung der Milchproducte an die Anstalt, sowie mit Abholung der Speiseabfälle und des Spülichts, für welche nutzbare Artikel die Meiereikasse ein bestimmtes Proxenetikum zahlt, beobachtet. Auch für Beleuchtungs- und Heizmaterial der Wirthschaftsräume ist eine feststehende Summe jährlich an die Anstaltskasse zu zahlen. Die von der Anstalt verwendbaren Erträgnisse der Gärten und Felder werden zu Orts- und Marktpreisen berechnet und der Betrag von ersterer an die Meierei-

kasse, welche der Inspector als gleichzeitiger Geld- und Naturalrechnungsführer verwaltet, regelmässig abgeführt. — Die ärztlichen Verrichtungen erfüllt täglich ein in der Anstalt wohnender Assistenzarzt unter stetem Beirath des Directors, der allein verantwortlich ist, und von allen Vorgängen sich durch persönliche Anwesenheit in fortlaufender Kenntniss erhält.

Die Einrichtung eines Bades mit Doucheapparat im laufenden Jahre, s. No. 7 unseres Bildes, überhebt uns im Winter und bei ungünstigem Wetter der bisherigen Unzuträglichkeit, die Pfleglinge zu diesem Behufe nach der 30 Minuten entfernten Anstalt wandern lassen zu müssen.

Die Meierei gehört zur politischen Gemeinschaft des Dorfes, dessen Vorstand die polizeilichen Rechte mit Schonung übt. Zu allen Gemeindelasten mit Ausnahme der abgelösten Renten und Kirchenleistungen tragen wir in geordneter Weise bei. Auch dem von einer Anzahl Dorfgemeinden unterhaltenen Standesamt sind wir tributär. — Zum Krankendienst ist ein Anstaltsaufseher beordert, ihm zur Seite steht, wie in dem geschlossenen Asyl, ein Oberwärter und 16 Wärter, von denen die grössere Hälfte nebst den Knechten und einer Anzahl zuverlässiger und kundiger Verpflegter die Anleitung zu allen wirthschaftlichen und Feldarbeiten ertheilt und als Vorarbeiter mit gutem Beispiel vorangeht. Der geodätischen und technischen Expedition steht ein Verpflegter vor: Das Gleiche findet in dem administrativen und ökonomischen Büreau statt. In der im kleineren Gute befindlichen Schirrkammer (No. 2) werden alle Werkzeuge (mit Ausschluss der Schlosser- und Schmiedearbeiten) gefertigt und reparirt. Gelernte Gärtner pflanzen Zucht- und Zierpflanzen; Maurer, Tischler und Lackirer erneuern und schmücken die Wohnungen; eine Schneiderwerkstatt in No. 8 hilft Schadhaftigkeiten der Kleider etc. ab, endlich sind Kranke mit Vertheilung des Brotes, der Butter, von Milch und Bier in einem besonderen Locale (No. 10) Tag für Tag beschäftigt, wie namentlich zur Winterzeit in den Gebäuden 8 und 11 der Bedarf der Anstalten an Strohmatten, Weidenkörben, Reisbesen für das ganze Jahr bereitet wird. Kurz zu allen und jeden Verrichtungen in Haus, Hof und Feld werden Verpflegte verwendet oder wenigstens herangezogen, so dass überall reges,

doch geordnetes und zielbewusstes Leben herrscht und die Arbeit reichlich gepflegt ist. Aber auch der Kirche wird ihr Theil gewahrt (wir bilden mit der Anstalt eine besondere Parochie) und in den freien Zeiten für Unterhaltung mit Billard- und Kegelspiel, Musik, Lectüre und Spaziergängen in die Nähe und Ferne Sorge getragen. Wie endlich die Meiereibewohner an den Sommer- und Wintervergnügungen der Anstalt theilnehmen, so wird ihnen noch ein besonderes Fest zur Erndtezeit und eine allgemeine Weihnachtsfreude in deutscher Art bereitet. Und nun zur Erläuterung unseres Bildes mit kurzer Beschreibung der baulichen Anlagen.

Die Colonie Zschadrass umfasst gegenwärtig 3 Hauptgüter mit 7 fast ausschliesslich zum Aufenthalt für Pfleglinge dienenden Baulichkeiten, wogegen 3 andere auch wirthschaftlichen Zwecken dienstbar sind. Die zuerst errichteten Gebäude der im Jahre 1868 erkauften Güter unterscheiden sich im Aeusseren nur unwesentlich von gewöhnlichen sauberen Wohnhäusern auf dem Lande und dem jüngst acquirirten Gute (1) mit 12 Bewohnern incl. 1 Wärter ist sogar die ursprüngliche Gestalt und Einrichtung belassen worden. In den Ställen dieses Gutes sind 8 Ochsen und einiges Jungvieh eingestellt. No. 2 besteht aus 3 nach der Strasse zu jetzt durch Einfahrtsthor geschlossenen, im Viereck gestellten Gebäuden mit grossem Hof. Die Rückwand dieses ursprünglichen Vierecks bildet die Scheune mit angebauten Secreten nach der Gartenseite. Von den gegenüber gestellten Wohnhäusern schliesst das grössere nur umgebaute 1 kleinere und 1 grosse ländlich gehaltene Wohnstube mit 4 Schlafkammern zu je 3 Betten und 1 gewölbten Schlafraum zu ebner Erde mit 8 Schlafstätten ein. Bewohnerzahl 20 (1 Wärter). Der parallele Neubau dieser Besitzung umfasst im Erdgeschoss die Schirrkammer, je ein Krankenzimmer und Zelle nebst Schlafraum für 5 Personen. Das Secret liegt auf der den Zimmern entgegengesetzten Seite und hat doppelten Abschluss. Im Oberstock befinden sich 3 Wohnzimmer, deren eins der Oberwärter inne hat, das 2. von 4 Kranken III., das 3. von 3 Personen II. Klasse bewohnt und besser möblirt, nach der Strasse zu durch Jalousie verschliessbar ein Schlafraum für 7—8 Personen (unter ihnen der Oberwärter). Der mit 3

bezeichnete Gebäudecomplex stellt das Hauptwirthschaftsgut dar, welches in der nach der Dorfstrasse sich öffnenden Front mit Vorgärtchen im Parterre Milchräume, Küche und Gesindestube nebst einem grösseren Vorzimmer für etwa 22 den Transport besorgenden Pfleglinge, sowie Thorfarth und Wagenremise, im Oberstock an dem aufwärts (nach O.) gerichteten Ende die Mägdekammer, neben dem Thore abwärts (nach W.) die Wohnung des Inspector-Ehepaares und ein ärztliches Expeditionslocal enthält. Die Böden sind wie in den erstgenannten Gütern als Lagerräume für die Oekonomie in Benutzung. Im westlich gelegenen, an ein Bauergut angrenzenden Flügelbau (4) sind ferner im Unterstock kleine Vorrathsräume, denen sich der Reserve-Kuhstall, die Futterküche, der grosse neue Kuhstall mit Futter- und Mittelgängen für insgesammt 40—45 Stück Melkvieh (meist Landraçe) und der nach oben mit letzterem communicirende Schweinestall, im Oberstock neben der Inspectorwohnung und der Arztstube in fortlaufender Flucht ein grosser Wohnraum, das abgeschlossene Secret und 5 Schlafzimmer für 32 Bewohner (2 Wärter), über den grossen Ställen und dem Hauptbau endlich umfängliche Futter- und Getreideböden enthalten. Diesem grossen Flügel mit zwischenliegendem Wirthschaftshof ist das Pferdestallgebäude, neben welchem eine Wohnstube für 8 Verpflegte sich befindet, deren Schlafstätten im Oberstock zugleich von 2 Pferdeknechten getheilt werden, mit 5 Pferden gegenüber gestellt. Neben demselben aufwärts nach der Scheune (5) zu finden wir den Holzstall, Remise für die Spritzen, Eingang zu den nach O. gelegenen Appartements und die überbaute Viehwage. Quer vorliegend erblickt man die neue grosse Scheune mit 2 Tennen, Kellern und Zubehör. Die Einfahrt in dieselbe geschieht von der östlichen Giebelseite aus auf einer Art Schienenweg. Zwischen Stall und Scheune führt ein Treppenaufgang an der cementirten und durch Mauer soweit möglich abgeschlossenen Dungstätte vorüber nach den Obstgärten und den in und an denselben gelegenen Wohnhäusern. Als erstem nahe der die Strasse begrenzenden Futtermauer begegnen wir 6[a]. dem sog. Gartengebäude, das von 2 kleinen, die gut abschliessenden Closets enthaltenden Anbauten flankirt wird. Dasselbe nimmt in 4 parterre gelegenen Wohn-

räumen, zwischen denen auf der östlichen Rückseite Theeküche, Waschlocal und Treppenaufgang angebracht sind, 34 Personen (2 Wärter) auf, für welche im Oberstock ausser Garderoben genau 4 Schlafräume mit Oefen (die überhaupt in keinem Schlafraume fehlen) und Deckenventilation sich vorfinden. Weiterhin erstreckt sich, doch durch Zwischenraum getrennt, der Holzschuppen 6[b]. Mitten in dem baumbepflanzten Raume erhebt sich, No. 7, das neuerbaute Bad mit 4 Wannen und einer stellbaren Douchevorrichtung. Hinter demselben ist das grosse 11000 L. haltende Wasserreservoir, welches von einer aus entferntem Grunde gesundes Wasser in eisernen Röhren reichlich spendenden Quelle gespeist wird. Das Zutreiben besorgt ein von Verpflegten 1—2 Stunden täglich in Gang gesetztes Göpelwerk an dieser Quelle. Auch sonst fehlt es an gutem, reichlichen Trink- und Nutzwasser durchaus nicht. Nächstdem betreten wir nach Ueberschreitung eines öffentlichen Fussweges, der unsere Grundstücke hier quer durchschneidet, den Complex von Baulichkeiten, welcher wegen einiger Aehnlichkeit mit den Baracken der Krankenhäuser zum Unterschied von den übrigen Bauten mit diesem Namen belegt worden ist. Die ersten 2 (No. 8 und 10) schliessen einen grossen parkähnlich gehaltenen Platz ein, in dessen Mitte ein bepflanzter Hügel im Sommer ein Zelt trägt. Auf der nach O. gelegenen Seite ladet der gedeckte Kegelschub am Feierabend zu gern geübtem Spiel. Die aufgeführten Gebäude sind nach allen Seiten hin von Spalieren mit Eingangsthüren zur Abhaltung Fremder umgeben. Die bauliche Anlage ist, wie auch bei der zu den ersteren rechtwinklig gestellten Baracke 11 bei allen 3 die nämliche, wir können sie daher zusammenfassen. Der Belegraum ist für jede mit 60 Verpflegten und 2 Wärtern nebst 1 Aufseher (nur Dienststube) berechnet. Ausserdem enthält jede am untersten Ende des Langbaus einen grossen saalähnlichen Raum, welcher in Baracke 8 und 11 zu Stubenarbeiten, in Baracke 10 bei angemessener Ausstattung als Lese-, Billard- und Spielzimmer dient. Die vor denselben gelegenen kleinen Piecen in 8 und 10 werden für die genannten Zeichner und Expeditionsarbeiter benutzt, die gleiche in Baracke 11 gewährt dagegen dem Aufseher das nöthigste Unterkommen. Die Ba-

racken bestehen aus je einem 2 stöckigen pavillonartig vorspringenden Vorbau, in welchem zu ebner Erde 2 grössere Wohnstuben, dahinter Küche, Vorrathsräume und Ausgang nebst angebautem Secret, im Oberstock ausser Garderobe und an den westlichen Corridor stossendem Closet abermals 2 grössere und 1 kleinere Wohnstube mit überall ansprechender Aussicht nach den Muldenthälern sich vorfinden. Die Treppenaufgänge sind durchgehends von Sandstein hergestellt. Der Langbau wie jener mit beiderseits abfallendem Flachdach aus Cementpappe gedeckt, besteht nur aus dem Unterstock, in welchem ausser den bereits angeführten Arbeitslocalitäten zwischen dem nach S. (bei 11 nach W.) gestellten Corridoren und den ebenso durchlaufenden, nach N. (bei 11 nach O.) gerichteten Garderoben, die von beiden Seiten, wie von dem Dach her durch grosse und doppelte Glasklappen reichlich zu lüftenden 3 grossen Schlafsäle zu je 21 Personen angebracht sind. Auf beiden Endseiten des Corridors sind die Waschlocale bequem zu erreichen, wie auch von beiden äussersten Schlafsälen gute mehrfache Abschlüsse nach den abgezweigten Secreten führen. Der ganze leichte Ziegelbau (Fachwand) ist aussen mit Brettern gedeckt und in freundlichen Farben gehalten, hat auch dem Zweck besserer Zurückhaltung der Wärme bisher ganz vorzüglich entsprochen.

Die jüngst der Baracke 11 gegenüber ausgeführte Baracke 12, vor welcher ein hübscher Garten mit Aussichtshöhe angelegt ist, während die Ostseite mit einer ausgedehnten Veranda versehen wurde, bleibt nur für Kranke I. und II. Klasse (16 nebst 2 Wärtern) bestimmt, — obwohl auch in anderen Meiereigebäuden noch 20 Personen dieser bevorzugteren Standesglieder wohnen — und ist demnach gut meublirt, auch mit schmuckem Speise- und Unterhaltungszimmer nebst Pianino und dergl. versehen. Auch hier sind die Schlafzimmer (5) nebst Garderobe und Lavoir im Unter-, die 3 Wohnzimmer im Oberstock. Die Appartements und Garderoben bilden die erkennbaren Flügel des Gebäudes, welches allein eine Unterkellerung erhalten hat. Beide Gebäude (11 und 12) sind nur theilweis von niederen Zäunen oder Barrieren umgeben.

Und so schliessen wir unseren Bericht, völlig überzeugt, dass auch auf diesem Arbeitsfelde noch viel zu thun übrig bleibt, eingedenk des Dichterworts:

Und ist Vollkommenheit ein Ziel, das stets entweicht,
So soll es auch erstrebt nur werden — nicht erreicht!

Erklärung der Tafel.

Von links nach rechts stellt

1. das zuerst erkaufte kleinere Gut mit 2 Wohngebäuden und einer Scheune dar. Bewohnt von 27 Pfleglingen, 1 Oberw. und 1 Wärt.

2. Das neulich erworbene grössere Bauergut mit 2 Wohngeb., Stall und Scheunen. Besetzt von 11 Pfl. und 1 Wärt.

3. Hauptgut mit Thorgebäude (nach der Dorfstrasse).

4. Wirthschaftsgeb. mit einzel. Inspectorwohnung, 2 Kuh- und 1 anstossendem Schweinestall. — 37 Verpfl. m. 3 Wärter.

5. Grosse Scheune m. oberstockiger Einfahrt.

6 . Gartengebäude mit 33 Pflegl. und 2 Wärt.

6b. Holzschuppen.

7. Badehaus. Dicht an demselben die Wassercysterne.

8. I. Baracke, jede mit Pavillon — Wohnh., 3 Erdgeschosse, Schlafsälen und 2 Arbeitsräumen am entgegengesetzten Ende. 60 Pflegl., 2 W.

9. Der Kegelschub.

10. II. Baracke. 50 Pflegl., 3 Wärt.

11. III. Baracke. 46 Pflegl., 2 Wärt.

12. IV. Baracke für Kranke I. u. II. Kl., eleganter, mit Veranda nach Ost, Speise- und Musikzimmer. 16 Kranke, 2 Wärt.

a a a. Nachbargüter.

Ueber Psychalgieen [1].

Von

Dr. O. Müller,

Director der Privatheilanstalt für Nervenkranke in Blankenburg i. Harz.

In neuerer Zeit hat eine Form psychischer Erkrankung mehr die Aufmerksamkeit der Collegen auf sich gezogen, welche dadurch ein besonderes psychologisches Interesse besitzt, dass bei einem völlig normalen Krankheitsbewusstsein bestimmte Fälschungen des Denkens, Empfindens oder Wollens mit dem Charakter eines inneren Zwanges auftreten, völlig richtig als solche erkannt werden, längere oder kürzere Zeit andauern und bald stärker, bald schwächer sich äussern.

In einem Vortrage, welchen Herr Prof. *Westphal* im Frühjahr 1877 in einer Sitzung der medicinisch-psychologischen Gesellschaft gehalten hat, hat sich derselbe über eine Gruppe dieser Störungen, die Zwangsvorstellungen, bereits ausgesprochen. Er versteht unter ihnen solche, welche bei übrigens intacter Intelligenz und ohne durch einen Gefühls- oder affectartigen Zustand bedingt zu sein, gegen und wider den Willen des betreffenden Menschen in den Vordergrund des Bewusstseins treten, sich nicht verscheuchen lassen, den normalen Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, welche der Befallene stets als abnorm ihm fremdartige anerkennt und denen er mit seinem gesunden Bewusstsein gegenübersteht. Diesen Zuständen möchte ich noch andere anreihen, die auch mit dem Charakter eines inneren Zwanges bei einem normalen Krank-

---

[1]) Vortrag im psychiatr. Verein in Berlin am 15. Dec. 1878.

heitsbewusstsein aber nicht als Vorstellungen, sondern als analoge Erscheinungen in der Sphäre des Empfindens und Wollens auftreten. Wir würden also auch von Zwangsempfindungen und Trieben zu sprechen haben.

Diese kommen sowohl in der rein typischen, von *Westphal* beschriebenen Form, aber auch als transitorische Störungen der psychischen Gesundheit keineswegs selten vor.

Mit dem Charakter eines bewussten Zwanges, gewissermaassen wie eine psychische Neuralgie, — Psychalgie, eine Bezeichnung, die sich vielleicht empfehlen möchte — kommen theils rein, theils als Complicationen anderer Neurosen, von längerer oder kürzerer Dauer, eine Menge von Formen psychischer Leiden zur Beobachtung, welche, da sie als deren erste Anfänge oder ohne Bewusstseinsstörung verlaufen, nur selten zur Kenntniss der Psychiater von Fach gelangen.

Wir finden etwas ganz Analoges beim Vergleich dieser Zustände mit Hallucinationen im Bereich der verschiedenen Sinnescentren. Ebenso wie diese noch, so lange sie nicht zu intensiv sind oder die Bewusstseinsenergie des Gehirns noch eine normale ist, als etwas Krankhaftes empfunden und beurtheilt werden, so scheint auch bei diesen Psychalgieen der specifische Traumzustand, der das Wesen der Psychose im engeren Sinne des Wortes ausmacht, noch nicht eingetreten zu sein, das Gehirn in seiner Totalität noch normal zu functioniren.

Die geringeren Grade dieser Zwangserscheinungen finden wir bei den verschiedensten scheinbar ganz gesunden Individuen. Es passirt ihnen, dass sie eine bestimmte Melodie, eine bestimmte Redewendung nicht aus dem Kopfe bekommen können, trotzdem dass sie gern frei davon wären. In wirklich zwingender Weise müssen sie immer dieselbe Melodie für sich hinsummen, dieselbe Redensart für sich citiren u. s. w. In der Sphäre des Willens sind es bestimmte Suchten, die wir als Zwangserscheinungen namentlich beim weiblichen Geschlechte und in der Schwangerschaft beobachten. Ausser den Gelüsten nach besonderen Speisen und Getränken sind solche Zwangstriebe die Ursache der wunderlichsten Eigenheiten. Beständige Neigung zu waschen, gewisse automatische Bewegungen zu machen, zu sammeln, gehören hierher.

Ebenso beobachtet man die gegen das bessere Wissen vorhandenen Zwangsempfindungen Alles übel nehmen zu müssen oder Alles schwarz zu sehen, ebenso wie die einer unmotivirten Heiterkeit, die oft bei den traurigsten Umständen doch zwangsweise zur Geltung kommt. Ich kenne Damen, welche bei einer Grabrede oder in der Kirche laut lachen mussten, was die Umgebung, sie selbst aber am meisten peinlich berührte. Es giebt Naturen, welche durch einen inneren Zwang Alles pessimistisch auffassen, wie es andere giebt, die vorübergehend oder dauernd Alles in sanguinischer Form erfassen.

In den höheren Graden solcher Anomalien tritt schon der wirklich krankhafte Charakter in den Vordergrund. Die Zwangsvorstellungen, deren geringere Grade z. B. die an der Schwindsucht, an Krebs zu leiden, bald sterben zu müssen, welche in dieser harmlosen Form einzelne Menschen durch ihr ganzes Leben begleiten sind sehr häufig; sie nehmen selten eine schlimmere Form an. Bei den ausgebildeten Formen, deren somatische Basis mir in der Mehrzahl der Fälle erbliche Belastung in anderen (namentlich bei Frauen das Climacterium) Plethora abdominalis zu sein schien, gerathen die Patienten in eine durch die Furcht vor Störung des psychischen Gleichgewichts bedingte innere Angst, die für sie etwas ungemein Quälendes hat. Sie befinden sich gewissermaassen in einem Conflicte mit sich selbst. Während das Krankheitsbild bei einzelnen Formen ein fast ganz stabiles mit geringen Schwankungen der Intensität bleibt (*Westphal's* typische Zwangsvorstellung), zeigen andere wieder die bei der grossen Mehrzahl der Psychosen vorhandenen Veränderungen einer abendlichen Remission und morgenlichen Exacerbation.

Dieser Umstand lässt uns für die Psychalgieen zwei ihrem Wesen und ihrer Prognose nach verschiedene Grundformen annehmen. — Es sind dieses die typische und die transitorische Form.

Bei der typischen Form haben wir im Anschluss an *Westphal's* Schilderungen für eine Gruppe der Zwangsvorstellungen kaum Neues hinzuzufügen. Diese Zustände entwickeln sich bei den dazu disponirten Individuen ohne sonst wesentliche Beeinträchtigung des körperlichen Wohlbefindens ganz in der von *W.* beschriebenen Weise. Sie dauern Jahre

lang fort und gehen entgegen der von den Kranken ausgesprochenen Befürchtung doch nicht in wirkliches Irresein über. Mir wenigstens ist von den während einer Anzahl von Jahren beobachteten Fällen keiner bekannt geworden, der die Aufnahme in eine Irrenanstalt erheischt hätte. Einzelne von solchen Patienten haben sich sogar verheirathet, andere leben im Kreise ihrer Familien und erfreuen sich bei möglichster psychischer Ruhe und Schonung eines leidlichen Wohlergehens. Das Leiden, wegen dessen sie mich vor Jahren consultirten, ist nicht schlimmer geworden, aber auch nicht viel besser. Im Ganzen ist der Winter für solche Kranke die schlechtere Jahreszeit, namentlich wenn dann in Folge verminderter Bewegung und körperlicher Anstrengung Agrypnie eintritt.

In ganz ähnlicher Weise wie die Zwangsvorstellungen gestaltet sich auch die typische Form der Zwangsempfindungen. Die an denselben leidenden Patienten klagen, dass sie gegen ihren Willen und ihre bessere Einsicht beständig von Verstimmungszuständen heimgesucht werden, die sie, obgleich sie von ihrer Grundlosigkeit überzeugt, doch nicht bannen und bekämpfen können, dass sie selten, eigentlich nie sich von diesem ihnen unerklärlichen Drucke und innerem Zwange frei machen könnten, selbst wenn sie es, wie sie es so gern möchten, wollten und bei einer vorurtheilsfreien Prüfung ihrer Lage für recht hielten.

Ich lasse hier zwei Krankengeschichten folgen. Sie betreffen 2 Patientinnen, welche ich seit längerer Zeit, die erste seit 3, die andere seit ³/₄ Jahren beobachtet habe. Beide waren früher einige Monate in meiner Anstalt, die sie inzwischen verlassen haben.

Frau F. L . . . . ., 54 Jahre alt, wurde im Juli 1876 in die hiesige Anstalt aufgenommen. Mutter zweier Töchter, von denen die eine blühend und gesund, die andere psychisch leidend war (im Herbst 1877 in die *Kahlbaum*'sche Anstalt in Görlitz aufgenommen, starb sie Ende 1878 an Darmtuberculose), kränkelte sie seit dem Tode ihres Mannes. Gebärmutterblutungen während des Climacteriums, Verdauungsstörungen hatten die früher gesunde Frau physisch etwas heruntergebracht, ohne dass sie sonst leidend war. Herz, Lunge gesund, keine erbliche Anlage zu Psychosen. Patientin entwirft von sich folgende Schilderung ihres Befindens: „Seit einigen Jahren leide ich an allgemeiner Nervenschwäche. Was mich aber besonders quält, ist ein beständiges Gefühl der Niedergeschlagenheit und Verstimmung, welches mich eigentlich nie mehr verlässt. Obgleich ich von Natur heiter und froh

bin und keinen Grund zur Traurigkeit habe, muss ich mich gedrückt und traurig fühlen. Es kommt mir vor, als ob alle Welt, ja meine nächsten Verwandten, mich nicht leiden können und mich absichtlich oder unabsichtlich kränken. Ich befinde mich in einem Zustande, dass ich Alles übel nehmen möchte selbst bei denen, von deren wohlwollender, liebevoller Gesinnung gegen mich ich fest überzeugt bin. Ich kämpfe so beständig einen innerlichen Kampf zwischen diesen qualvollen Empfindungen, die über mich kommen ich weiss selbst nicht wie, und meiner besseren Einsicht, die mir sagt, dass ich mich ohne Grund bärme. Vergebens sinne ich nach, ob ich mir Etwas habe zu Schulden kommen lassen, mir Etwas vorzuwerfen habe und kann mir nur sagen, dass ich gegen Jedermann freundlich und gefällig war und dass mich kein Vorwurf trifft u. s. w.

Frau P . . . . . . aus W., 42 Jahre alt, Mutter dreier Kinder, ist seit ihrer letzten Entbindung nervenleidend. Häuslicher Kummer, in erster Reihe bedingt durch den Umstand, dass das Geschäft des Mannes durch dessen Neigung zum Trinken herunter kam und auch sonst das eheliche Glück oft gestört wurde, hatte die bis dahin frische und lebensfrohe Frau oft heimgesucht. Hartnäckige Schlaflosigkeit stellte sich ein, die Periode wurde unregelmässig. Pat. consultirte bei dem Verdachte eines Unterleibsleidens Herrn Prof. *Schatz* in Rostock, der eine leichte Lagenveränderung des Uterus constatirte, die durch Einlegen eines Ringes beseitigt wurde. Trotzdem das Unterleibsleiden gehoben und von Patientin auch keine Klagen über Schmerzen oder dergleichen mehr laut wurden, blieb ihr Gemüthszustand doch unverändert derselbe. Anfangs 1878 fand sie auf seinen Rath Aufnahme in meiner Anstalt. Sie berichtet über sich Folgendes. Seit Herbst 1876 fühle ich mich krank. Was mit mir vorgegangen, weiss ich nicht, aber mein ganzes Empfinden ist verändert. Ich leide an einem krankhaften Misstrauen gegen meine Umgebung, selbst gegen meine Schwester, die mir nur Beweise ihrer Liebe und Herzensgüte gegeben. Ich weiss, sie ist gern bereit mir zu helfen, mich zu trösten, mir ihr halbes Vermögen zu geben, könnte sie mir helfen, mich gesund wieder sehen. Aber ich soll es nicht werden. Mein Empfinden ist krank, Alles verletzt mich, selbst die unschuldigste Aeusserung meiner Kinder, die an mir hängen wie nur möglich. Ich möchte gern froh sein, wie ich es sonst nur war, aber ich soll es nicht, es liegt wie ein Bann auf mir, der jetzt nicht mehr weicht und dessen Opfer ich bin, wenn ich mich auch dagegen sträube. Ich bin dazu verurtheilt, Alles übel nehmen zu müssen, Alles schwarz zu sehen, wenn ich es auch nicht will u. s. w.

Zuweilen tragen die Zwangsempfindungen den Charakter einer unbestimmten aber beständig vorhandenen Beängstigung, ohne dass gerade bestimmte Vorstellungen sich in typischer Weise daran anknüpften. Auch dieses sind chronische Zustände, die so lange ein normales Krankheitsbewusstsein entstanden, hierher zu rechnen sind.

Herr Obergerichtsrath Dr. H. aus L . . . . . ., ein hochgebildeter Mann,

war von jeher eine ängstliche penible Natur, aber ein sehr fleissiger und tüchtiger Beamter. Vermehrte geistige Anstrengung, die ihm namentlich durch seine Betheiligung an der Ausarbeitung des deutschen Handelsgesetzbuches verursacht wurde, hatte zu Schlaflosigkeit, Verdauungsstörungen und körperlicher Erschlaffung und Abmagerung geführt. Gleichzeitig hatte sich sein früheres ängstliches Wesen in krankhafter Weise so gesteigert, dass er dieserhalb ärztliche Hülfe in Anspruch nehmen und sich eine Zeit lang von allen Geschäften zurückziehen musste. Er schrieb mir: „Geistig bin ich völlig klar, aber seit Monaten quält mich eine innere Unruhe, mein Gemüth ist voll Angst erfüllt, die sich nicht verscheuchen lässt, obgleich ich weiss, dass ich mich nutzlos quäle. Unter diesem Einflusse befürchte ich beständig, dass ich etwas Ungehöriges mache, Etwas begehe, woraus für mich Verantwortung und weitere Folgen erwachsen. Es ist mir jetzt kaum möglich, meinen Namen unter irgend ein Actenstück zu schreiben, weil mich die Sorge erfüllt, es könnten mir daraus unangenehme Folgen erwachsen, ich könnte mich blamiren u. dgl. m. Es ist traurig, diesen krankhaften Gemüthszustand erkennen und ihn doch durch alle Macht des Willens und der Einsicht nicht beherrschen zu können. — Ich bin körperlich herunter. Mein Arzt hegt die Hoffnung, dass ich bei Ruhe und Kräftigung wieder genesen könne."

Der Zustand des Patienten blieb längere Monate hindurch völlig derselbe. Allmälig trat Besserung und relative Genesung ein.

Ich könnte auch eine Reihe gleichartiger Krankheitszustände bei intacter Intelligenz anführen, glaube jedoch über diese Form hier genügend mich ausgesprochen zu haben.

Die Zwangserscheinungen in der motorischen Sphäre oder die bewussten Alienationen des Willens habe ich verhältnissmässig am seltensten beobachtet. Sie scheinen beim weiblichen Geschlechte häufiger vorzukommen als beim männlichen.

Es sind dieses die Grenzzustände, welche an die Ihnen Allen bekannten Manien streifen, aber sich doch von diesen durch das Vorhandensein eines normalen Krankheitsbewusstseins unterscheiden. Wir würden aber da von typischen Zwangstrieben zu sprechen haben, wo das Bewusstsein von der krankhaften Natur eines solchen inneren Zwanges, irgend etwas zu thun oder zu begehren, vorhanden ist. Als Complicationen des Irreseins kennen wir ja eine Reihe von perversen Trieben, Suchten und Gelüsten, aber es giebt eine Anzahl von Fällen, bei denen auch die sorgfältigste psychologische Analyse eine weitere psychische Erkrankung nicht constatiren liess.

Es gilt dieses namentlich von den hier in Betracht kommenden Zwangstrieben, die sich auf dem Boden der Sexualsphäre entwickeln. Schwangerschaft, Entwickelungsjahre, Climacterium, manche Lage- und Gewebsanomalieen des Uterus erscheinen die Ursachen dieser meist noch von einem normalen Bewusstsein begleiteten Zustände. Auch einzelne Formen von Hysterie zeigen stabile Zwangserscheinungen der Willenssphäre. Ferner gehören hierher Morphiumsucht, Rauchsucht, Trunksucht u. s. w.

Es würde hier zu weit führen, Ihnen noch eine Anzahl von Krankengeschichten vorzutragen. Nur kurz will ich zweier Kranken erwähnen, welche hierher gehören.

Eine mir bekannte Dame, welche in den besten Verhältnissen lebt, leidet seit Jahren an der Sucht, oder nennen wir es Zwangstrieb oder Manie, Kleinigkeiten zu sich zu nehmen. Trotzdem dass sie die unangenehmsten gesellschaftlichen Erfahrungen wiederholt hat machen müssen, ist dieser Trieb doch so mächtig, dass sie ihm nicht wiederstehen kann. —

In einem anderen Falle äusserte sich ein ähnliches Leiden auf harmlosere Weise.

Frau Pastorin H., 50 Jahr alt, war bis zu ihrer Verheirathung blühend und gesund. Bald nach dieser starb ihr Mann und ein erst wenige Monate altes Kind, ein Mädchen, welches sehr schwach und zu früh zur Welt gekommen war. Sie kehrte nun in's elterliche Haus zurück. Hier entwickelte sich die Sucht, sich beständig zu waschen. Sie wusch sich im Laufe des Tages gewiss 40—50 Mal die Hände, sehr oft auch Gesicht und war von einer peniblen Reinlichkeit. Symptome irgend eines weiteren psychischen Leidens konnte ich nicht constatiren. Die gebildete und liebenswürdige Frau war über diese „Schrulle" in hohem Grade unglücklich, hatte aber nicht die Macht, sie zu beherrschen. Beim Versuche, ihr das Waschen unmöglich zu machen, gerieth sie in eine für sie qualvolle Unruhe, fing aber, sobald sich die Gelegenheit bot, die Wäscherei wieder an. — Ihr Leiden soll sich nach den letzten Nachrichten gebessert haben, aber doch noch fortdauern. Es sind jetzt 10 Jahre verflossen, ohne dass sich andere Erscheinungen einer Psychose bei ihr entwickelt hätten.

Ausser diesen typischen Zwangserscheinungen giebt es noch andere wechselnde Formen solcher Zustände, die wir deshalb als transitorische bezeichnen wollen, weil bei einem im Ganzen noch normalen Krankheitsbewusstsein periodisch gewisse wechselnde Fälschungen des Bewusstseins eintreten die durch transitorische krankhafte Vorstellungen, Empfindungen und Triebe bedingt werden.

Wir finden sie in den ersten Entwickelungsstadien psychischer Leiden, dann aber auch wieder im Stadium der Reconvalescenz von Psychosen, im lucidum intervallum als abgeschwächte Wahnvorstellung bei der Wiederkehr der Besonnenheit. Nur sehr selten geschieht es, dass das Irresein mit einem Schlage eintritt, ebenso wenig dass es auf diese Weise endet, wenn Genesung erfolgt. In der Mehrzahl der Fälle bei Entwickelung des Irreseins erfolgt die Fälschung des Denkens in periodisch wiederkehrenden Anfällen, gewissermaassen wie in einem Kampfe zwischen dem normalen und pathologischen Bewusstsein, während in der Reconvalescenz mit der Rückkehr der Besonnenheit die Wahnvorstellungen nur noch mit dem Charakter eines sich allmälig vermindernden Zwanges das erstarkende Selbstbewusstsein nicht mehr dauernd zu trüben vermögen. Wir sehen dann also Wahnvorstellungen zu transitorischen Zwangsvorstellungen erblassen und die Fälschungen des Denkens richtig erkannt werden. Die bei beginnenden Psychosen beobachteten Zwangserscheinungen tragen mehr oder weniger alle einen transitorischen Charakter. Sie zeigen eine morgenliche Exacerbation, eine abendliche Remission. In vielen Fällen verändert sich Mittags nach genossener Mahlzeit das Krankheitsbild. Patienten, welche sich bis dahin „ihre Gedanken machen", sich von ihren Stimmungen, dieser oder jener Vorstellung beherrschen lassen, erfreuen sich dann oft des besten Wohlseins, sind heiter und lustig, oft ausgelassen und geistreich. Je mehr die Reconvalescenz fortschreitet, um so mehr bessert sich das Befinden in den Morgenstunden, bis auch schliesslich in diesen die Zwangserscheinungen aufhören.

Diese sind sowohl der Form wie der Prognose nach andere als die obenerwähnten typischen Psychalgieen deren Krankheitsbild ein stabiles, deren Vorhersage eine ungünstige ist. Ein grosser Theil der Kranken, welche an „gesteigerter Nervosität" leiden, ist von diesen transitorischen psychalgischen Zuständen gequält, die wir als die Prodromalstadien der Psychosen zu bezeichnen haben. Ich bedauere jetzt nicht noch näher auf sie eingehen zu können, da die Zeit drängt, und muss mir weitere Mittheilungen vorbehalten.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

33. ordentliche Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. Dec. 1878.

Anwesend sind die Herren: *Auerbach*-Eberswalde, *Boettcher*-Carlsfeld, *Edel*-Charlottenburg, *Eyselein*-Blankenburg, *Falk*-Berlin, *Filter*-Charlottenburg, *Finkelnburg*-Berlin, *Gock*-Eberswalde, *Guttstadt*-, *Hertz*-, *Ideler*-Berlin, *Laehr*-Schweizerhof, *Liebert*-Charlottenburg, *Mendel*-Pankow, *Müller*-Blankenburg, *Schäfer*-Schweizerhof, *Sponholz*-Charlottenburg, *Tigges*-Sachsenberg, *Ulrich*-Eberswalde, *Weyert*-Owinsk, *Wolff*-Berlin.

Der Vors. *Laehr* eröffnet die Sitzung mit geschäftlichen Mittheilungen und übermittelt die Grüsse der Herren *Jastrowitz*, *Karczewsky*, *Lorent*.

Es haben sich zur Aufnahme gemeldet und werden einstimmig gewählt die Herren *Finkelnburg*-Berlin, *Gnauck*-Blankenburg, *Auerbach*-Eberswalde, *Eyselein*-Blankenburg, *Schwechten*-Owinsk.

Ideler. In dem Protocoll der letzten Sitzung seien Aeusserungen von ihm in einer Weise wiedergegeben, welche Missverständnisse nicht ausschlössen und auf die er darum kurz zurückkommen müsse. So habe er nicht den Ausdruck „geschlechtliche Hallucinationen" bei seiner Mittheilung über alkoholische Paralysen (S. 14 des Protocolls) gebraucht; er habe nur angeführt, dass ihm Paralytiker dieser Form vorgekommen seien, deren Sinnestäuschungen die ehelichen Verhältnisse und Zustände zum Inhalt gehabt hätten. Diese Kranken hätten u. a. ihm geäussert, dass ihnen von den Leuten Mittheilungen über die eheliche Untreue ihrer Frauen gemacht seien. Dann heisse es: „Die meisten Anwesenden haben Paralytiker mit ausgebildeten Hallucinationen beobachtet, ohne dass sie von denselben aussagen können, dass der Krankheitsverlauf besonders langsam erschienen sei." Hierdurch könne die Meinung hervorgerufen werden, als habe er von allen mit Hallucinationen behafteten Paralytikern einen langsameren Krankheitsverlauf behauptet, während er nur von den nach Alkoholmissbrauch paralytisch Erkrankten gesprochen habe.

Schäfer als Schriftführer erwähnt zur Aufklärung, dass in dem Protocoll S. 14 nicht der Ausdruck „geschlechtliche Hallucinationen" sondern

„Hallucinationen geschlechtlichen Inhalts" gebraucht sei. Der von *Ideler* citirte Schlusssatz sei nicht im Gegensatz zu einer Ansicht *Ideler's* gemeint, sondern als Antwort auf die Frage des Vortragenden *Claus*, der zu erfahren gewünscht habe (s. dieselbe S.), ob auch die Anwesenden „Beobachtungen gemacht haben, welche darauf hindeuten, dass hallucinirende Paralytiker einen relativ günstigen Krankheitsverlauf durchmachen".

Die Anwesenden beschliessen dem Vorschlag *Falk's* entsprechend, eine Commission aus 2 Mitgliedern ausser dem Schriftführer zu erwählen, denen die Mitredaction der Sitzungsprotocolle obliegen solle. *Falk* und *Ideler* werden in die Commission gewählt. — Zur Berichterstattung über die Idiotenfrage erhält das Wort *Guttstadt*, welcher mittheilt, dass auf die Wichtigkeit der Idiotenpflege höheren Orts bereits hingewiesen sei und dass vielleicht schon in der nächsten Vereinssitzung eine statistische Unterlage für die ganze Angelegenheit vorgelegt werden wird.

Müller. Ueber Psychalgien. — S. S. 33.

Mendel. Man werde dem Vortr. nur mit der grössten Vorsicht in der Annahme reiner Zwangshandlungen und Zwangstriebe folgen können, da diese Lehre in der Vergangenheit nicht geringen Schaden für die Psychiatrie, insbesondere für die forensische, gebracht habe. In den allermeisten Fällen lägen diesen zwangsartigen Handlungen versteckte Wahnideen zu Grunde. So sei er in einem Falle von „Waschtrieb" erst nach ein paar Monaten dahinter gekommen, dass der betr. Kranke sich darum beständig wusch, weil er glaubte, überall mit syphilitischem Gift in Berührung zu kommen. In einem anderen Falle sei eine Predigerfrau auch von „Waschtrieb" betroffen gewesen, und man könne sich leicht denken, dass eine solche Kranke, wenn sie sich etwa in Folge derselben Furcht vor syphilitischer Ansteckung wusch, diese Idee sorgfältig bei sich bewahrte. Dies werde aber bei der ganzen Gruppe von Kranken zu erwarten sein, die alle zu den sogenannten verständigen und den besonnensten Patienten gehörten.

Müller. Sowie er die „Zwangshandlungen" und „Zwangstriebe" verstehe, möchte er am meisten Gewicht darauf legen, dass dem motorischen Drange das klare Bewusstsein des Kranken ohnmächtig gegenüberstehe. Wenn Wahnideen den Kranken zu seinen Handlungen treiben, so handle er aus bewusster, krankhafter Absicht, er fühle dann aber nicht selbst den Zwang als einen verkehrten und über seine bessere Einsicht überlegenen, wie in den Fällen, die er im Sinne habe.

Tigges. Zunächst scheine ihm die Bezeichnung Psychalgieen, welche der Vortr. für die erwähnten Erscheinungen gewählt habe, nicht recht geeignet. Psychalgie würde etwa bedeuten Seelenschmerz; dagegen handle es sich bei den Zwangserscheinungen doch nicht um Schmerz. Sodann scheine der Vortr. das Moment des Zwangmässigen zu sehr zu verallgemeinern. Nicht alle Fälle, in denen gewisse Empfindungen sich dem Kranken als etwas Fremdartiges aufdrängen, könne man deshalb als eigene Fälle von Zwangserscheinungen herausheben. In der Melancholie z. B. sehe man auch,

dass die Kranken die neuen krankhaften Empfindungen oft als etwas ihnen Fremdartiges und Aufgedrungenes erkennen, darum werde man doch diese Fälle nicht von der Melancholie trennen. Einige der vorgetragenen Krankengeschichten seien aber solche, die nach seiner Meinung zur Melancholie gehören.

Müller. Zur Bezeichnung Psychalgie sei er durch die Analogie mit dem Worte Neuralgie gekommen. Wie dieses Wort die Affection einzelner Nervenbahnen bedeute, so solle Psychalgie die Affection einzelner Bahnen oder Abschnitte des Seelenorgans bezeichnen. Es sei richtig, dass auch in anderen z. B. melancholischen Zuständen das Gefühl des Zwanges in den durch die Krankheit herbeigeführten Vorstellungen beobachtet werde. Dies sei namentlich im Anfange der Krankheit und in kurz dauernden periodischen Zuständen der Fall. Gewöhnlich aber verliere sich mit der Dauer der Krankheit bald dieses Gefühl, indem die Krankheit vom ganzen Seelenorgan Besitz ergreife. In gewissen Fällen aber dehnten sich die krankhaften Empfindungen nicht weiter aus, ohne aber doch schnell in Genesung überzugehen. Das schienen ihm diejenigen Fälle zu sein, in denen während der ganzen Krankheitsdauer das Gefühl des zwangsmässigen Aufdringens der Empfindungen bestehen bliebe.

Laehr. Fälle von „Waschtrieb" seien ihm zweimal begegnet. Beide Kranken hätten in Folge von Vergiftungswahn die häufigen Waschungen vorgenommen.

Laehr, Zur Perspiration Psychisch-Kranker.

In den letzten Decennien ist im Bereich der Psychiatrie die Anatomie und Physiologie des Gehirns in den Vordergrund der wissenschaftlichen Arbeiten getreten. So werthvoll die daraus hervorgegangenen Resultate sind, so haben sie doch nur wenig praktische Resultate Betreffs der Feststellung der Diagnose, noch weniger in der Therapie gehabt. Gleiche wissenschaftliche und dabei mehr praktische Resultate scheinen die noch zu wenig erforschten Einwirkungen zu haben, welche aus dem Einflusse des Centralnervensystems auf die übrigen Organe des Körpers in specie auf die Se- und Excreta der drüsigen Organe hervorgehen. Es sei nur des Einflusses derselben auf die Speicheldrüsen in der Tobsucht, des Einflusses der Gemüthsaffecte auf die Drüsen der Schleimhaut des Darmkanales gedacht. Es sei erwähnt eine Patientin, bei der in periodisch eintretenden Zuständen intellectueller Benommenheit der Nasenschleim stärker secernirt und der Abfluss von der Patientin nicht empfunden wird. Ist bei dieser Patientin eine solche Periode vorbei — und sie dauert nur stunden- oder tageweise — dann ist auch jene Secretion vorüber und die Dame bewegt sich in gesellig-liebenswürdiger Weise und in den gebildetsten Formen. Trotz mancher werthvoller Arbeiten scheint auf diesem Gebiete doch noch eine Fundgrube vorhanden zu sein, aus welcher Forscher eine ebenso wissenschaftliche als praktische Ausbeute gewinnen können, namentlich um das Gebiet der zweifelhaften Formen

psychischer Störung immer mehr einzuengen. Die gerichtliche Psychiatrie würde hierdurch an Sicherheit gewinnen, nicht weil die psychischen Symptome als die wesentlichen in Psychosen an Werth verlören, sondern weil die letzteren unterstützt und auch dem Laien klarer gelegt würden. Es ist dies die Ursache, weshalb den letzten Mittheilungen über die Perspiration bei Psychisch-Kranken im März 1877 (Zeitschrift 1877, S. 391) noch einige seitdem gemachte Beobachtungen hinzugefügt werden.

Fräulein W., 16 Jahre alt, aus Petersburg, schon seit mehreren Jahren regelmässig menstruirt, soll in einer Pension seit ca. einem Jahre onanirt haben, ist träge, unlustig, widersetzlich geworden und musste nach Hause genommen werden. Sie beging zu Hause allerlei Verkehrtheiten, that nichts, lachte motivlos, und da die Eltern alle Autorität verloren, wurde sie Juli 1877 als Patientin nach Schweizerhof geschickt. Sie macht den Eindruck eines albernen Kindes, beschäftigt sich wenig, hat offenbar Hallucinationen, nur dass man, da sie wenig spricht, deren Inhalt selten angeben kann. Bei ihr merkt man zu gewissen Zeiten, wenn sie unruhiger und psychisch benommener ist, eine penetrante Ausdünstung, die sie selbst nicht wahrzunehmen scheint, welche nicht von den Lungen ausgeht, nicht mit den Regeln zusammenfällt, nicht jedes Mal mit der psychischen Erregung, aber nie ohne sie eintritt und von geschlechtlicher Erregung begleitet ist.

Bei einer anderen Dame, Fräulein L., welche mit den Formen des primären Wahnsinns und der Neigung zu gewaltthätigen Handlungen der hiesigen Anstalt October 1876 übergeben war, trat jedes Mal nach den Regeln ein so auffallender Geruch ein, dass er zu Anfang den Verdacht eines Uteruskrebses erregte, was sich nicht bestätigte. Es trat dies aber nur in den ersten Monaten ein, wo die fast krampfhaften Muskelbewegungen und die Neigung zu gewaltsamen Handlungen lebhaft hervortraten. Seit einer Reihe von Monaten ist dies nicht mehr der Fall, es scheint mit der grösseren Ruhe sich ein Uebergang in Blödsinn einzustellen, und wir nehmen jene erwähnte Ausdünstung seitdem nicht mehr wahr.

Am einflussreichsten auf den Verlauf der Psychose zeigte sich aber die Perspiration in den folgenden Fällen.

Eine Frau G. wurde mir Mitte März v. J. zugeführt. Sie ist 21 Jahre alt, stammt aus einer von Geisteskrankheiten sehr heimgesuchten Familie, ist seit April 1876 verheirathet und wurde am 3. Februar 1878 mit der Zange entbunden. In der Schwangerschaft war sie wohl erregter, trübsinniger, hatte schlimme Ahnungen vor der bevorstehenden Geburt, aber es fiel dies weniger auf, weil sie auch im gesunden Leben zu pessimistischen Anschauungen neigte. 20 Minuten nach der Entbindung erfolgte ein Krampfanfall. In der Nacht vom 9. — 10. kam noch ein Schüttelfrost, dem eine stundenlange heftige tobsüchtige Aufregung folgte. Am 12. kam ein neuer Schüttelfrost mit einem Pulse von 140 Schlägen und enorm hohem Temperaturgrade, der von 39,8 am 11. Februar, am 12. Februar bis 41,7 stieg. Der Urin war ausserordentlich eiweisshaltig, enthielt fast die Hälfte Albumen.

Allmälig liess die Unruhe, die Temperatur, die Pulsaufregung, wenn auch diese weniger, und der Eiweissgehalt nach, ja der letztere war am 25. Februar gänzlich geschwunden. Die Kranke wurde besonnener, klarer, heiterer, verliess am 21. Februar das Bett, bekam Appetit, kümmerte sich um die Häuslichkeit und um ihr Kind, hatte schon Gefallen am Klavierspiel und Singen, und an die geistige Störung erinnerte nichts mehr, als zuweilen eine plötzlich aufschiessende Starrheit der Augen mit weiter Pupille und der Gesichtszüge. Plötzlich in der Nacht zum 7. März trat wieder geistige Verworrenheit und Unruhe ein. Die Wahnvorstellungen wechselten, doch blieb der Grundcharakter eine hochgradige Selbstmordsucht, weil sie von der Polizei wegen Missethaten verfolgt werde, weil sie verfault sei und ganz Berlin verpeste. Zeitweise lag sie still, dann aber erfasste sie ein heftiger Bewegungsdrang, bei welchem sie fort wollte, herausdrängte, begraben sein wollte, den Sarg sah, sich ersäufen wollte. In solchen Zeiten der Unruhe bemerkte die Umgebung eine heftige unangenehme Ausdünstung mit dem angstvoll ausgesprochenen Gedanken, dass sie Alles verpeste. Der Urin enthielt wieder viel Eiweiss, das aber nur einige Tage bemerkbar war und dann verschwand. Die Uebersiedelung in eine Anstalt ward nothwendig, und sie kam zu mir[1]).

Die Patientin war auch in der nächsten Zeit noch eine schwere Kranke, musste unter steter Aufsicht sein, war bald benommener, hatte plötzliche Anfälle von grosser Heftigkeit nach aussen und ist noch jetzt in ärztlicher Behandlung, verspricht aber fernere Besserung (ob aber ein Uebergang zur geistigen Schwäche erfolgen wird, ist noch fraglich). In Schweizerhof wurde nicht mehr eine eigenthümliche Perspiration wahrgenommen, ebenso wenig aber auch die Vorstellung, dass sie verfault sei und die Luft verpeste. Der Urin enthielt nicht mehr Eiweiss.

Dieser Fall, welcher nach mehr als einer Seite Interesse darbietet, ist für den vorliegenden Zweck so werthvoll, weil er zeigt, dass auch die Kranke diese Ausdünstung aus sich lebhaft empfand, was bei den früheren Fällen nicht der Fall war, dass diese Ausdünstung den Grund zu den die Kranke am meisten quälenden Wahnvorstellungen legte und dass er

[1]) Eigenthümlich war noch, wie man die Uebersiedelung bewerkstelligte. Die ihr gestellte Pflegerin ging nämlich auf die Idee der Kranken ein. Es wurde mit der Kranken verabredet, dass beide mit einer Verwandten nach dem Eierhäuschen (einem bekannten Vergnügungsorte an der Spree) fahren wollten, dort sollte von einem Brettchen zuerst die Pflegerin, dann die Kranke, dann die Verwandte sich in das Wasser stürzen. So kamen alle Drei zu mir gefahren; die Kranke hielt mein Haus für das Eierhäuschen, mich für den Wirth, und es sollte nun die Operation des Ersäufens vor sich gehen. Die Begleitung war entsetzt, als ich alsbald der Patientin erklärte, dass ich der Arzt eines Krankenhauses und sie mir zur ärztlichen Behandlung nunmehr übergeben sei, und sie war ebenso verwundert, als mir trotzdem die Patientin leicht auf ihr Zimmer folgte.

wiederum die hochgradige Selbstmordsucht erklärte. Der Fall zeigt ferner, wie in gewissen Stadien eines so schweren Gehirnleidens neben tiefen Veränderungen anderer Secretionen auch in der Hautausdünstung eine Abnormität eintrat, mit der psychischen und physischen Besserung verschwand und bisher nicht mehr wiedergekehrt ist.

Frau v. T., geboren 1847, hatte im ersten Jahre an der Mutterbrust Variola, blieb schwächlich danach, wurde bei grossem Eifer zum Lernen im Lernen sehr angestrengt und musste ein Jahr lang damit aufhören. Eine zweite Erzieherin, selbst sehr erregbar, regte sie namentlich religiös sehr auf. Im 11. Jahre wurde sie menstruirt. Vor 15 Jahren hatte sie zeitweise starkes Nasenbluten. Bald nach ihrer Verheirathung 1866 zeigte sie im Beginn der ersten Schwangerschaft 7 Monate hindurch eine Gemüthsdepression mit grosser Vergesslichkeit und Unzufriedenheit über ihre Leistungen. März 1868 wurde sie von einem Knaben, Januar 1872 vom ältesten Töchterchen und Januar 1873 vom jüngsten Töchterchen leicht entbunden. In dieser Zeit klagte sie oft über Kopfschmerzen und nervöse Aufregungen. Der Mann, Militair, wurde in diesen Tagen fortkommandirt, in seiner Abwesenheit erkrankte der Sohn, der bei fernen Angehörigen war. Sie wurde dadurch sehr bekümmert, konnte erst nach dem Wochenbett zuweilen hinreisen, kam stets erregt zurück. Doch beide erholten sich, und sie schien im Sommer gesund zu sein. Eine Tante väterlicherseits ist seit dem 13. Jahre geistig gestört und lebt noch jetzt, 90 Jahre alt. Ein Bruder erkrankte angeblich in Folge starker Opiumdosen vor Metz und ist an Grössenwahn in Leubus gestorben. Am 22. October v. J. wurde der Sohn, einige Meilen entfernt, wieder krank. Die Eltern reisten hin, der Besuch regte die Frau auf und sie weinte auf dem ganzen Rückwege und brach zu Hause in Schluchzen aus. Am 24. October hatte sie Damengesellschaft und nach dem Fortgehen traf der Mann sie tiefsinnig dasitzend; sie klagte, gefragt, über die erhaltenen Mittheilungen, konnte keinen Satz beendigen, das Gesicht hatte einen kranken Ausdruck. Am Tage darauf fing sie an zu deklamiren, zu reimen, über Freimauerei zu phantasiren. Der Inhalt wurde immer rascher gesprochen und sinnloser, heftige Muskelbewegungen mit Zerstörungssucht traten ein, sie brüllte zuweilen, auch auf der Eisenbahn, da inzwischen die Aufnahme bei mir zugesichert war. Seit Beginn der Krankheit hatte sie nichts mehr zu sich genommen, nur hin und wieder etwas getrunken. Die Regel war zwischen dem 10. und 17. October dagewesen. Sie hatte auch während dieser Zeit nicht geschlafen. Am 27. soll ein Krampfanfall mehr tonischer Art stattgefunden haben, ohne von Bewusstlosigkeit begleitet zu werden. Der Puls soll sehr schwankend, die Temperatur zwischen 37,8 Morgens und 38,3 Abends gewesen sein. Eisumschläge, Bromkalium, Morphium-Injectionen brachten keinen Schlaf. Am 31. October v. J., also 7 Tage nach dem angeblichen Beginne der Psychose, kam sie bei mir an. Sie hatte in dieser Zeit etwa 20 Pfund an Gewicht verloren, verglichen mit ihrem in den letzten Jahren öfters gemessenen und gleichgebliebenen Nor-

malgewicht. Sie bot das Bild hochgradiger Tobsucht und körperlicher Erschöpfung dar. Nach Weggang der Angehörigen wurde sie wohl etwas ruhiger, aber die Unruhe kam doch bald und zwar nunmehr stundenweise wieder. Chloral brachte wiederholt Schlaf, prolongirte Bäder liess sich Patientin geben, wobei sie weiter sang und deklamirte; sie hatte viel Hallucinationen.

Was aber am meisten auffiel und die Besorgniss ad vitam erhöhte, war ein penetranter Geruch, welcher von ihr ausging und auch nach wiederholten stundenlangen Bädern blieb. Die Besorgniss war nahe, dass es bei ihrer Erschöpfung und Nahrungsverweigerung von Lungengangrän ausging. Eine genauere physikalische Untersuchung war bei diesem Zustande nicht möglich, Ructus und Flatus wurden nicht bemerkt, auch der Geruch beim Athmen nicht stärker empfunden, ein Fluor albus nicht vorhanden, Transpiration ward nicht sichtbar. Wir überzeugten uns nun immer mehr, dass der penetrante Geruch, etwa wie Knoblauch, durch die gesammte Haut sich verbreitete. Der Urin wurde entleert, ohne sich verändert zu zeigen, konnte aber nicht untersucht werden.

Ich übergehe die übrigen Erscheinungen. Die Kranke wurde allmälig ruhiger, nahm zuerst Flüssigkeiten, dann auch festere Nahrung abwechselnd zu sich, Schlaf trat hin und wieder ein, und sie bietet jetzt die Erscheinungen einer mässigen Manie, von der wir erwarten können, da Patientin in gleichem Grade eine Gewichtszunahme zeigt, dass sie zur Genesung kommt. Damit hat, vielleicht unterstützt durch dem Bade zugesetzte Carbolsäure, allmälig auch der üble Geruch abgenommen, doch ist er noch nicht ganz verschwunden, obwohl er sich bei zeitweise stärkerem Bewegungsdrange etwas vermehrt, wobei in der Regel eine livide Röthe an der Nasenspitze sich bemerkbar macht. Die inzwischen eingetretene Menstruation hat keinen erheblichen Einfluss darauf ausgeübt. Die Angehörigen haben in gesunden Tagen von einem üblen Geruch nie etwas wahrgenommen.

Man muss, wie schon früher erwähnt, annehmen, dass durch den Einfluss des Central-Nervensystems auf die Schweissdrüsen unvollständige Oxydationsproducte, namentlich flüchtige Fettsäuren ausgeschieden werden. *Adamkiewicz* hat in seiner von ungemeinem Fleisse und geistiger Schärfe zeugenden Schrift (Die Secretion des Schweisses. Eine bilateral-symmetrische Nervenfunction. Nach Untersuchungen am Menschen und an Thieren. Berlin, Hirschwald, 1878) angenommen, dass es gewisse Centren des Central-Nervensystems gebe, welche durch Nerven unmittelbar mit den Schweissdrüsen in Verbindung stehen und dass es nicht nöthig sei, dass durch das Gefäss-Nervensystem ein Einfluss auf die Secrete geschehe. Der letzte Fall mit der gleichzeitig auftretenden Hyperämie im Gesichte dürfte dafür sprechen, dass wenigstens das letzte Moment nicht ausgeschlossen sei.

Weyert. Wiederholt habe ich bei meinen Kranken in der Anstalt einen eigenthümlichen Geruch wahrgenommen, der am ähnlichsten dem des Cloro-

forms ist; ja in einzelnen Fällen führte ich der Controlle wegen letzteres bei mir und konnte weder ich noch die gesunde Umgebung einen Unterschied wahrnehmen. Die Intensität dieses Geruchs war mitunter so gross, dass schon auf mehrere Schritte derselbe sich selbst den Wärtern bemerklich machte. Nachdem ich einmal hierauf aufmerksam wurde, untersuchte ich die einzelnen Fälle genauer, kann jedoch die Zahl nicht genau angeben, und beobachtete:

1) Einen den Chloroformgerüchen ähnlichsten resp. mit ihm identischen Geruch verbreiten nur Kranke, die an Nahrungsverweigerung leiden. Gleichgültig ist es, ob dieses Symptom dauernd oder vorübergehend ist.

   Der Geruch verschwindet erst, wenn die Nahrungsaufnahme (spontane oder erzwungene) geregelt ist.

2) Alter, Geschlecht, Nationalität übt ebenso wenig hierauf Einfluss aus als

3) die acute oder chronische Form der geistigen Störung. —

4) Diesen Geruch verbreiten die Kranken nicht immer aus dem Mund. (In einigen Fällen konnte ich es direkt ausschliessen.)

5) Im Allgemeinen ist nach meiner Erfahrung dieser Geruch kein günstiges prognostisches Zeichen, weil nur einige Fälle geheilt worden sind.

Ich frage, ob Sie etwas Aehnliches bei Ihren Kranken wahrgenommen haben und verspreche, die einzelnen Fälle künftig genauer zu beobachten und darüber seiner Zeit weiter zu berichten. Erwähnen will ich übrigens, dass Wärter und Wärterinnen von mir auf dieses Symptom aufmerksam gemacht, es jetst vielfach selbst wahrnehmen und deuten. So sagte neulich ein älterer Wärter, der bei der Aufnahme eines frisch Erkrankten zugegen war, schon auf 3–4 Schritt vom Kranken, der mit abgewendetem Gesichte da sass: „Der Herr ist auch ein Nahrungsverweigerer, denn er riecht wieder so,“ und in der That bestätigten die Angehörigen, dass der Kranke seit 3 Tagen die Nahrung verweigert und wesentlich aus diesem Grunde die Aufnahme beschleunigt worden sei. —

Ideler. Jeder der Anwesenden werde den eigenthümlichen Geruch der Abstinirenden schon kennen gelernt haben; er möchte denselben nicht als chloroformartig, sondern nur als einen süsslich-faulen Geruch bezeichnen. Entgegen der Meinung *Weyert*'s scheine es ihm zweifellos, dass derselbe aus dem Munde des Kranken mit dem Athem entströme. Jedenfalls seien die Fälle und der Geruch, wovon in der Mittheilung des Vortragenden die Rede sei, ganz andere. Er selbst habe eine melancholische Kranke beobachtet, die zeitweise einen Geruch der letzteren Art von sich gab, den man nur als faecal bezeichnen konnte; und zwar trat dieser Geruch immer in den Zuständen ängstlicher Aufregung ein, an denen diese Kranke litt.

Falk. Einen gleichen, nur als faecal zu bezeichnenden Geruch habe auch er bei einer Kranken beobachtet in den Perioden, wo dieselbe von Aufregung heimgesucht wurde.

Laehr. Vorerst sei seine Absicht gewesen, die Aufmerksamkeit auf die eigenthümliche Ausdünstung gewisser Kranken durch die Haut zu lenken. Man würde dann weiter zu untersuchen haben, ob die Fälle, in denen man dieselbe wahrnehme, etwas Gemeinschaftliches haben. Was die Fälle mit Nahrungsverweigerung anlange, so möge die Quelle des dabei auftretenden Geruches bald im Athem, bald in der Haut, bald in beiden gleichzeitig gelegen sein. In seinem Vortrage habe er es nur mit der Perspiration zu thun gehabt.

Schäfer. Etwas Gemeinschaftliches für die von dem Vortragenden und die von *Ideler* und *Falk* erwähnten Fälle scheine ihm in gewissem Grade schon gegeben zu sein, da alle die erwähnten Kranken dem weiblichen Geschlecht angehörten und den Geruch nur in Zuständen von Aufregung wahrnehmen liessen. Man werde vielleicht an einen Zusammenhang mit Vorgängen in der weiblichen Sexualsphäre denken können. Der Geruch der Kranken, die die Nahrung verweigern, finde er mit Cloroformgeruch nicht übel bezeichnet. Es sei ihm wie *Ideler* so vorgekommen, als ob man denselben dann am stärksten wahrnehme, wenn man sich dem Athemstrome der Kranken aussetze. Er könne noch hinzufügen, dass er ihn auch bei der Section eines unter Abstinenz verstorbenen Kranken an einem inneren Organe, wenn er sich nicht irre, der Leber, wahrgenommen habe[1]).

Tigges. Der Vollständigkeit wegen verlohne es sich, daran zu erinnern, dass die Abstinirenden häufig an Lungengangrän sterben und alsdann den der Gangrän eigenthümlichen faulen Geruch verbreiten.

Ideler. Der Geruch, den die Lungengangrän verursache, sei allerdings ein ganz anderer. Dagegen sei ihm ein Geruch, wie er von Abstinirenden bekannt sei, auch bei einer Kranken begegnet, die, an acutem Delirium leidend, in einer Art von Syncope starb und bei deren Section die Lungen gesund befunden wurden.

Schäfer. Kritische Bemerkung zur psychiatrischen Formenlehre.

Der Vortrag folgt ausführlich im nächsten Hefte. Die Discussion über denselben wird verschoben und die übrige Zeit dem collegialischen Verkehr gewidmet.

Schäfer.

---

[1]) Ganz ähnlich dem Geruch der an Nahrungsverweigerung Leidenden ist nach meiner Erfahrung derjenige, den man im Athem und am Harn der Diabetiker wahrnehmen kann und der auf die Anwesenheit eines mit Ferr. sesquichl. eine dunkelrothe Reaction gebenden Körpers (Aethyldiacetsäure) zurückgeführt wird *Sch.*

Der internationale irrenärztliche Congress zu Paris im August 1878.

Referat des Dr. *Brosius*, Bendorf-Sayn.

Unter der Leitung der Société méd. psycholog. zu Paris trat daselbst, wie in 1867 während der Allg. Ausstellung, auch in diesem Jahre ein internationaler irrenärztlicher Congress zusammen, dessen Statuten und Programm unter dem 1. Juni 1878 veröffentlicht wurden.

Société Médico-Psychologique de Paris.

Paris, le 1er Juin 1878.

Statuts et Programme du Congrès International de Médecine mentale.

Le Comité d'organisation, composé de MM. *Baillarger*, Président, *Blanche*, *Dumesnil*, *J. Falret*, *Lasègue*, *Lunier*, *Legrand du Saulle*, *Motet*, *Ritti*, a arrêté les Statuts et le Programme suivants:

Art. I. — Un congrès international de Médecine mentale sera ouvert à Paris, le 5 Août 1878, sous les auspices de la Société Médico-Psychologique.

Art. II. — Le Congrès, exclusivement scientifique aura une durée de huit jours.

Art. III. — Le Congrès se composera de membres fondateurs et de membres adhérents, nationaux et étrangers.

Sont membres fondateurs, les membres titulaires et honoraires de la Société Médico-Psychologique, dont la souscription est fixée à 25 francs.

Sont membres adhérents, les Médecins, les directeurs des asiles de la France et de l'Etranger, toute personne s'interessant aux questions relatives à l'aliénation mentale, qui ont envoyé ou enverront leur adhésion à M. le Secrétaire Général de la Société Médico-Psychologique (Mr. le Dr. *Motet*, 161, rue de Charonne, à Paris).

Leur souscription est fixée à 10 francs.

Art. IV. — Les Membres du Congrès, fondateurs ou adhérents auront seuls le droit de prendre part aux discussions.

Art. V. — Les travaux du Congrès se composeront:

a. De communications sur les questions proposées par le Comité.

b. De communications sur des sujets étrangers au programme, mais relatifs à la Pathologie mentale.

Ces communication seront faites:

1°. Pour les questions du programme, dans les séances générales qui auront lieu le 5, le 7 et le 9 Août.

2°. Pour les questions étrangères au programme, dans les séances intermédiaires qui auront lieu le 6, le 8 et le 10 Août.

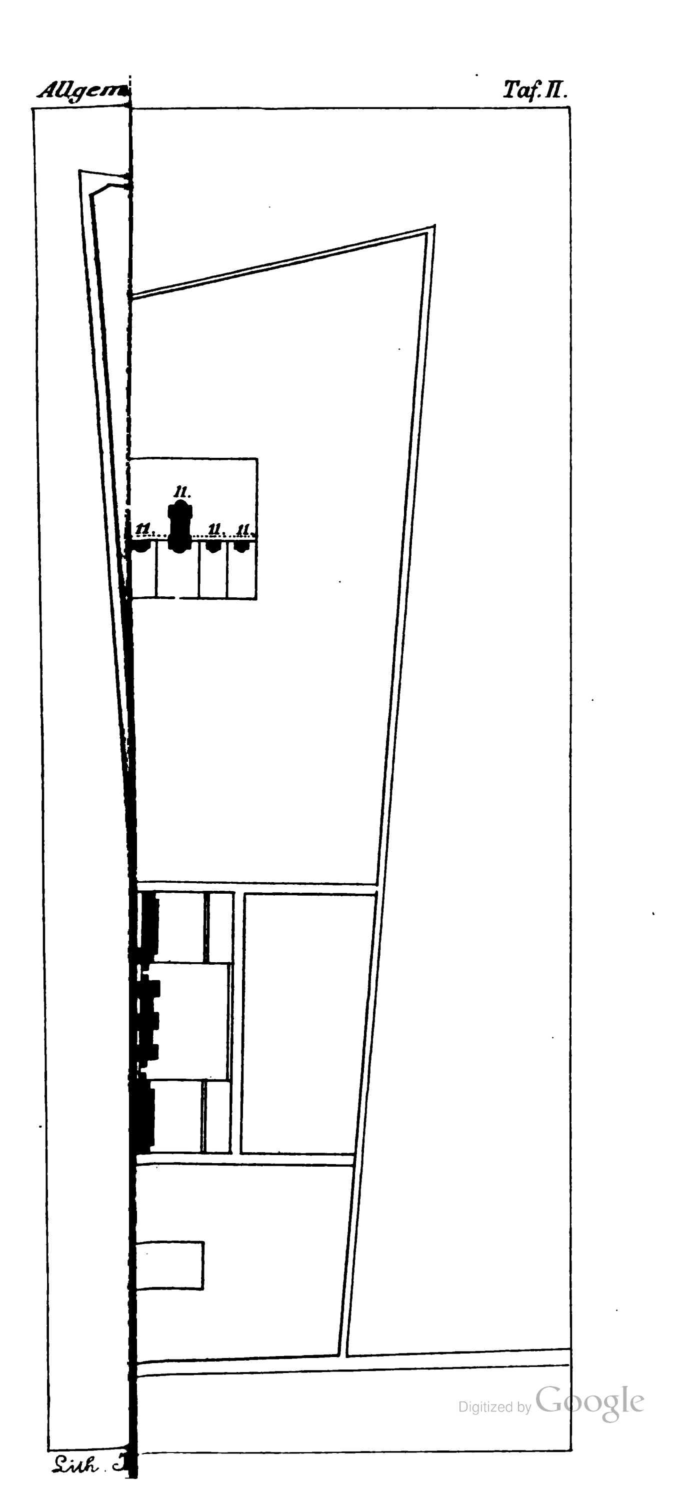
Art. VI. — Le Comité a arrêté le programme suivant:

a. Administrations des asiles, législation et statistique.

Question. — „Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels."

b. Pathologie mentale et nerveuse.

Question. — „Des variétés cliniques de la Paralysie générale."



Lith.

c. Médecine légale.

Question. — „Des délires instantanés, transitoires, (délires par accès) au point de vue de la médecine légale des aliénés."

Art. VII. — Les membres du Congrès qui désireront faire une communication sur une question du programme ou sur un autre sujet, sont priés d'adresser leur travail soit en entier, soit en résumé, à M. le Secrétaire Général, au plus tard le 1 Juillet. Le Comité décidera de l'opportunité des communications et de l'ordre dans lequel elles seront faites.

Vingt minutes, au maximum, seront accordées pour chaque communication.

Art. VIII. — Les séances auront lieu tous les jours, de 4 à 6 heures; chaque question du programme n'occupera qu'une séance générale; les communications sur des sujets étrangers au programme, seront faites dans les séances intermédiaires et dans l'ordre arrêté par le Comité.

Art. IX. — A la première séance, le Congrès nommera son bureau qui se composera d'un Président, de Vice-Présidents, d'un Secrétaire Général et de secrétaires de séances.

Art. X. — Le Congrès terminé, le Comité d'organisation reprendra ses fonctions, pour procéder à la publication des actes du Congrès.

Art. XI. — Tous les mémoires lus au Congrès seront déposés, après chaque séance, entre les mains du Secrétaire Général. Ils sont la propriété du Congrès.

Art. XII. — Des excursions scientifiques seront faites pendant la durée du Congrès, dans les asiles d'aliénés du Département de la Seine, et aux asiles d'aliénès du Département de la Seine Inférieure.

Pour le Comité,
Le Président
Baillarger.

Le Secrétaire Général,
A. Motet.

Es hatten sich, ausser vielen Gerichts- und Verwaltungsbeamten, nahezu 100 Irrenärzte eingefunden, fast lauter französische; die Betheiligung des Auslandes war eine geringe. Amerika war durch *Echeverria*, Belgien durch *Semal*, Deutschland durch *Brosius*, England durch *Hack Tuke* und *Bateman*, Italien durch *Funaioli*, *Giachi* und *Virgilio*, Russland durch *Mierzejewski*, die Schweiz durch *Girard de Cailleux* und *Fetscherin* vertreten; die Oestreicher, Holländer, Spanier und Skandinavier fehlten vollständig.

Am 5. August, Nachm. 4 Uhr, wurde der Congress in einem Saale der Société d'Encouragement, 44 Rue de Rennes, eröffnet. Etwa 200 Aerzte und Beamten wohnten der ersten Sitzung bei. Der Vorsitzende, Dr. *Baillarger*, zu dessen Rechten der Unterstaatssecretair des Ministeriums des Innern, Mr. *Lepère*, sass, hielt eine längere Ansprache, aus der Ref. folgende Sätze hervorhebt: „Meine Herren, im Namen der Société méd. psychol. danke ich Ihnen, dass Sie unserer Einladung gefolgt sind. Wir legen einen grossen Werth auf diese Versammlung, die uns gestattet, unsere

Ideen auszutauschen, uns besser kennen zu lernen und die Bande der Collegialität enger zu knüpfen.

„Die Irrenärzte bilden in der grossen Familie der Aerzte eine besondere Familie; das beweisen ihre Vereine und die Zeitschriften, in welchen die Fortschritte der Psychiatrie verzeichnet sind. Diese sind seit dem Beginne dieses Jahrhunderts gross gewesen, und die Psychiatrie blieb nicht zurück in den grossen wissenschaftlichen Bewegungen. Ich erwähne hier nur die Entdeckung der Allg. Paralyse, wodurch die Lehre von den Ursachen und Erscheinungen, die Prognose und namentlich die pathologische Anatomie der Geisteskrankheiten eine grosse Umgestaltung, und bis dahin zusammen geworfene Fälle eine genaue Sonderung erfuhren.

„Aber grösser, als in den klinischen Forschungen, waren die Fortschritte in unsern Krankenhäusern, die ein vollständig anderes Aussehen bekommen haben. Aus den dunklen und feuchten Winkeln sind geräumige, helle und luftige Wohnungen entstanden; zahlreiche Abtheilungen gestatten Ordnung einzuführen, wo früher nur Unordnung und Verwirrung herrschte; Sorgfalt und Wohlsein umgiebt jetzt die Kranken, und von gefängnissartigen Zuständen ist fast keine Spur mehr. In die Asyle ist die Arbeit eingeführt, welche, namentlich die landwirthschaftliche Arbeit, so wohlthätig einwirkt auf Körper und Geist und die Genesung so bedeutend fördert.

„Die Frage der ärztlichen Behandlung beherrscht in der Medicin alle anderen. Die Statistik der Irren-Anstalten weist allerdings eine grosse Zahl von Genesungen auf, aber leider lässt sich hier nicht ein so grosser Fortschritt nachweisen, um ihn mit der Entdeckung der Paralyse zu vergleichen. An Anstrengungen und Versuchen, das ersehnte Ziel zu erreichen, hat es nicht gefehlt; fortwährend werden alle Errungenschaften der modernen Wissenschaft verwerthet, um grössere Erfolge in der Behandlung des Irreseins zu erzielen, — aber, wir müssen es zugeben, dieser widerstehen noch sehr viele Krankheitsfälle. Nur zu oft sind alle Mittel ohnmächtig; der Wahnsinn und die fixen Ideen lassen sich nicht erschüttern. „Der Irre, sagt *Langermann*, spazirt in der ihn umgebenden Ordnung und Vernunft mit seinem Irresein umher, ja er gefällt sich darin.“

Für diese Kranken, die mitten unter den anderen immer allein und mit sich beschäftigt sind, hat man eine energischere moralische Behandlung gefordert, deren Grundzüge bekannt sind. Aber wie schwer ist sie durchzuführen in grossen Asylen mit 500 und 600 Kranken! Die psychologische Schule verfiel in sonderbare Uebertreibungen, die ihrem Zwecke nur schadeten, aber gleichwohl behält die Frage der individuellen moralischen Behandlung noch immer ihre grosse Bedeutung [1].

---

[1]) Nach Ansicht des Ref. nur eine kleine, selbst in kleinen Anstalten, in denen der Arzt sich um jeden Kranken mehr bekümmern kann. Die starren Veränderungen des Gehirns, an denen der langjährige Wahnsinn und die fixen Ideen haften, und die so oft, theils ihrer ursprünglichen Natur,

Als ein Fortschritt ist es auch zu bezeichnen, dass in den **gerichtsärztlichen Fragen** eine Annäherung zwischen den Irrenärzten und Behörden stattgefunden hat. Die Gründung unserer Gesellschaft in Paris, welche jene vereinigt, ist sicherlich ein glücklicher Gedanke; unsere Verhandlungen können nur beitragen zur Beseitigung der Meinungsverschiedenheiten.

Die Fortschritte, deren ich erwähnte, meine Herren, sind, und das muss grade in dieser Versammlung hinzugefügt werden, die Folge eines edlen Wetteifers zwischen allen Ländern. Eine Menge von Namen könnte ich hier anführen neben denen von *Chiarugi*, *Daquin*, *Pinel*, *Esquirol*, *Guislain*, *Langermann*, *Jacobi*, *Haslam*, *Conolly*. Diese berühmten Förderer der Reform riefen den eifrigsten Wetteifer von allen Seiten hervor. Ueberall in Europa und Amerika haben sich erhoben und erheben sich musterhafte Irren-Anstalten, so dass man sich fragen könnte, ob man nicht an den äussersten

---

theils ihres langen Bestandes wegen, einer Rückbildung überhaupt nicht fähig sind, — sind selbstredend auch der psychisch-moralischen Behandlung nicht zugänglich, wie es die Irrthümer und verkehrten Strebungen der Geistesgesunden sind. Aber jene verschiedenen Hirnveränderungen, die selbst heroischen physikalischen Mitteln, Medicamenten und örtlichen Applicationen trotzen, gestatten dennoch im Laufe der Zeit eine Erleichterung der psychischen Leistungen, eine geistige Besserung, und auch Heilungen älterer und alter Fälle von Irresein kommen bekanntlich vor, selbst ganz unerwartet und plötzlich. Letzterer Umstand verdrängt die Annahme, dass die Genesung mit der Anwendung irgend eines Mittels, sei's physikalischen, sei's psychisch-moralischen, in ursachlichem Connexe stehe. Diese sog. spontanen Heilungen können wir nicht erklären; wir haben nur Vermuthungen über innere Processe und Umwandlungen und ihre Anfachung durch die Reaction des Organismus, durch Altersphasen, vielleicht durch kosmische Verhältnisse. Nichts berechtigt uns, der moralischen Behandlung heilenden Einfluss beizumessen, wenn man sieht, wie sie so oft ohne allen Einfluss ist auf das Denken und Verhalten des Individuums, oder dass, wenn sie auch eine Aenderung seines Verhaltens erzwingt, dennoch seine verkehrten Ideen und die psychische Schwäche dieselben bleiben, und dass die äussere Besserung, als lediglich disciplinarisches Resultat, wieder verschwindet, wenn der Kranke der Moralisation entzogen ist. Soll gar keine moralische Behandlung stattfinden, soll man den Kranken gehen und leben lassen, wie es ihm seine Ideen vorschreiben? Sicherlich nicht! Die moralische Behandlung ist nöthig, um den Kranken zu einer richtigen hygienischen und diätetischen Lebensweise zu führen; was darüber hinausgeht, streift nahe an eine unmoralische Behandlung. Die Bekämpfung der Wahnideen durch Logik und Argumente, die Intimidation und Bestrafung des Kranken sind mindestens zwecklos; sie belehren und bessern nicht dauernd, sie lassen den Kranken in seinen alten Ideen zurück, wenn er sie auch nicht mehr ausspricht.

Grenzen Dessen angelangt ist, was sich durch die Wissenschaft erreichen lässt. Aber diese Fortschritte schliessen dennoch neue und fernere nicht aus, und, meine Herren, wenn es sich darum handelt, ein so grosses Missgeschick zu lindern, dann gilt nicht der Satz: „Das Bessere ist oft der Feind des Guten“ [1]).

Nach der mit vielem Beifalle aufgenommenen Eröffnungsrede des Dr. *Baillarger*'s und der ihr folgenden Bildung des Bureaus des Congresses schritt man zur Besprechung der programmmässigen Thesen. Es ist dem Ref. nicht möglich, von allen Vorträgen, die mit ein oder zwei Ausnahmen rasche Vorlesungen waren, hier selbst nur die Hauptsätze wiederzugeben. Er muss sich, unter Hinweisung auf den demnächst erscheinenden stenographischen Congress-Bericht, auf wenige Mittheilungen beschränken, denen er seine eigenen Bemerkungen hinzufügt, die freilich für manche Leser d. Bl. überflüssig sind.

---

[1]) Sicherlich, was die neuen Irren-Anstalten als Gebäude, als Wohnungen betrifft, kann man sich fragen. ob noch bessere für die Irren nöthig seien, denn weitaus die meisten dieser finden in ihrer Heimath so gute Wohnungen nicht wieder, auch nicht ein so gutes Lager und so gute Kost, wie sie ihnen in den Irren-Anstalten gewährt wurden. Aber in anderen Beziehungen sind noch Fortschritte sehr möglich und sehr nöthig. Die Reform *Conolly*'s, dessen die Rede des Vorsitzenden gedachte, hat gerade in Frankreich viel weniger Beachtung gefunden, als in andern Ländern, Deutschland, Holland, Schweiz etc.; nirgends werden mechanische Zwangsmittel häufiger angewandt, als in der Mehrzahl der französischen Irren-Anstalten.

Was ferner, um das Loos der Irren zu verbessern, überall und vor Allem nöthig ist, das ist die geistig-moralische Besserung der Nicht-Irren, unter denen jene leben, in und ausser den Anstalten. „Die Wärterfrage ist eine Lebensfrage der Asyle geworden.“ Ungeeignete und unzuverlässige Beamten und Wärter verkümmern das Wohlsein der Irren, auch wenn sie in Palästen wohnen, und grade in den grossen, ausgedehnten Anstalten, wie sehr sie sich in der letzten Zeit auch verbessert und verschönert haben, treten, bei der Unmöglichkeit beständiger ärztlicher Ueberwachung, die Erschwerung der Anstalts-Verwaltung und die Verminderung des Wohlseins der Irren unter einem ungeschulten und unzuverlässigen Personale am grellsten zu Tage.

Auch um die Irren ausserhalb der Anstalten, deren es ebenso viele giebt, als in den Anstalten, würde es weit besser stehen, wenn in der gesunden Bevölkerung ein besseres, von Vorurtheilen und falschen Anschauungen freies Verständniss des Irreseins und der Bedeutung der Irren-Anstalten bestände.

Namentlich nach dieser letzteren Seite des Irrenwesens sind Fortschritte noch möglich und dringend nöthig. In dem Programm des irrenärztlichen Congresses zu Paris fehlte eine diese Seite berührende These, und sah Ref. sich veranlasst, eine solche unter der Bezeichnung „Patronage des aliénés“

aufzustellen, worüber zu sprechen ihm noch in der letzten Sitzung des Congresses zu Paris eingeräumt wurde.

Das officielle Programm, welches hier folgt, wurde fast vollständig — einige eingeschriebene Redner waren zu erscheinen verhindert — in der Zeit vom 5.—10. August erledigt.

Ordre des travaux.

Les séances ont lieu tous les jours, du 5 au 10 août, de quatre heures à six heures, dans l'une des salles de la Société d'encouragement, 44, rue de Rennes.

Lundi 5 août, à 4 heures. — Séance d'ouverture, formation du bureau.

1re question du programme: „Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels."

MM. *Auzouy*, de Pau,
Billod, de Paris,
Dagonet, id.
Hack Tuke, de Londres,
Moring, de Paris,
Lunier, id.

Mardi 6 août. — Séance à 4 heures. Suite des communications sur la première question du programme.

Communications diverses:

MM. *Hurel*. — Statistique de l'infirmerie spéciale de *Gaillon*.

Rousseau d'Auxerre. — De l'opportunité de reconnaître la capacité civile aux asiles d'aliénés.

Hack Tuke. — De la meilleure manière d'établir la statistique des causes de l'aliénation mentale.

Guignard. — Sur un projet de publication administrative des statistiques d'asiles d'aliénés.

Labitte, de Clermont (Oise). — Résultats dans les colonies de Fitz-James et de Villers.

Mercredi 7 août. — Visite à 9 heures du matin à l'asile Sainte-Anne. Séance à 4 heures.

2e question du programme: „Des variétés cliniques de la paralysie générale.

MM. *J. Falret*,
E. de Lamaestre,
Brunet,
Billod,
Mordret. — Sur la fréquence et les effets de la congestion cérébrale chez les aliénés, et plus particulièrement chez les paralytiques généraux.

Doutrebente. — Des inégalités de dilatation pupillaire dans la paralysie générale.

Jeudi 8 août. — Visite à l'asile de Vaucluse. — Départ de la gare d'Orléans à 7 h. 30 du matin.

Séance à 4 heures.

Communications diverses:

MM. *Voisin.* — Études de thermométrie dans l'aliénation mentale.

Gallopain. — De l'état des globules du sang dans la folie.

P. Lucas. — De l'hérédité mentale dans ses rapports avec l'état de raison, la criminalité et le libre arbitre.

G. de Cailleux. — Des rémissions dans la paralysie générale.

Mierzejewski. — Recherches sur l'idiotie.

Vendredi 9 août. — Visite à l'asile de Ville-Evrard. — Départ à 8 heures du matin, place de la Bastille.

Séance à 4 heures.

3e question du programme: „Des délires instantanés, transitoires, (délires par accès) au point de vue de la médicine légale des aliénés."

MM. Le professeur *Lasègue*. — Les délires par accès.

Lagardelle. — Des responsabilités partielles.

Christian. — De la folie épileptique.

Echeverria. — Considérations cliniques sur l'épilepsie.

Samédi 10 août. — Visite à dix heures du matin à l'Exposition spéciale du Ministère de l'intérieur, au Champ-de-Mars.

Séance à 4 heures. — Les communications qui n'auraient pu être faites dans les séances précédentes, seront classées dans leur ordre pour cette dernière séance.

MM. *Rouby*, de Dôle. — Etude sur l'art. 29 de la loi du 30 juin 1838.

Ed. Fournié. — Anatomie et physiologie cérébrales, dans leur rapports avec la pathologie mentale.

Fournet. — L'hérédité morale.

Brosius. — Patronage des aliénés.

Le lundi, 12 août, les membres du Congrès sont invités à visiter les asiles de Quatre-Mars et de St.-Yon. Départ. de Paris, à 8 heures du matin.

Un banquet par souscription réunira les membres du Congrès, le samedi 10 août à 7 heures et demie. On est prié de se faire inscrire le plus tôt possible. Le prix de la souscription est de 20 francs.

Les excursions aux asiles de Vaucluse et de Ville-Évrard exigeant un nombre de voitures en rapport avec le nombre des visiteurs, on est prié de s'inscrire dès la première séance.

Les membres non résidant à Paris sont priés de donner leur adresse dès leur arrivée. Ils trouveront près des secrétaires tous les renseignements qui pourraient leur être utiles.

Die Behandlung der ersten Frage nahm die längste Zeit in Anspruch.

Sie ist bekanntlich wichtig und nicht so einfach, auch von den deutschen Irrenärzten mehrmals in Schriften und Versammlungen lebhaft erörtert worden. Die Ansichten gehen aus einander. So war es auch auf dem Congresse in Paris; die Frage wurde am 1. Tage nicht erledigt, sondern noch am 2. in einer besonderen Sitzung unter den bedeutendsten Irrenärzten weiter verhandelt. Schliesslich nahm man den Antrag von *Barbier*, Rath am Cassationshofe, an:

„In allen Fällen, wo ein Angeklagter auf Grund seines Geisteszustandes in Freiheit gesetzt oder als unzurechnungsfähig freigesprochen wird, soll er durch die Behörde (par mesure administrative) in eine Irren-Anstalt gebracht werden.

„Wird seine Entlassung aus dieser wegen Genesung gefordert, so soll, bevor jene verfügt wird, untersucht werden, ob mit Grund ein Rückfall zu befürchten ist, — durch eine gemischte Commission, die besteht 1) aus dem Arzte der Anstalt, worin sich der Betreffende befindet, 2) aus dem Präfecten des Departements (oder seinem Delegirten), 3) aus dem General-Procurator des Bezirks (oder seinem Delegirten).

„Diese Commission kann, wenn sie es für nöthig hält, andere Irrenärzte hinzuziehen.

„Ist nach Ansicht der Commission ein Rückfall nicht zu befürchten, so soll die Entlassung des Betr. verfügt werden; andernfalls wird diese Verfügung verschoben. Die Verschiebung kann über ein Jahr nicht hinausgehen. Am Ende des (jeden) Jahres findet eine neue Untersuchung durch die Commission Statt; in der Zwischenzeit wird der Betr. einer speciellen Beobachtung unterworfen.

„Dasselbe Verfahren tritt ein, wenn die Entlassung eines Individuums aus der Irren-Anstalt gefordert wird, das wegen eines Verbrechens oder Vergehens verurtheilt, aber nachher als geisteskrank erkannt wurde.

„Personen, die von der Criminal-Justiz in Anklage-Zustand versetzt oder verurtheilt, aber auf Grund ihres Geisteszustandes freigesprochen oder in Freiheit gesetzt wurden, müssen in besonderen Anstalten oder Abtheilungen untergebracht werden."

Die Forderung des ersten Satzes, dass ein verbrecherischer Irre seiner Freiheit beraubt werde, liegt im Interesse desselben und des Staates; ihn der Familie nach seiner Freisprechung zu überlassen, hiesse die Wiederholung der gefährlichen Handlung ermöglichen. Ref. begreift aber nicht die Nothwendigkeit dieser Forderung seitens des Congresses, da schon Art. 18 des franz. Irrengesetzes anordnet, dass Jeder, dessen Geisteszustand die öffentliche Ordnung oder Sicherheit gefährden könnte, durch die Behörde in eine Irren-Anstalt gebracht werde. Nicht ebenso berechtigt scheint die Forderung besonderer Anstalten für verbrecherische Irre im letzten Satze des *Barbier*'schen Antrags. Mögen sie auch als gefährliche Irre „der Schrecken" der gewöhnlichen Irren-Anstalten sein, in diesen ist ihr Platz, da sie Kranke, und nicht Verbrecher sind;

man kann ihnen hier den richtigen Platz anweisen und die nöthige Bewachung zuwenden, wie ja auch für Tobsüchtige, Epileptiker, Selbstmörder und Flüchtlinge besondere Abtheilungen und Maassregeln bestehen. Warum eine Ausnahme machen mit verbrecherischen Irren, die nicht gefährlicher sind, und deren Zustand bei den Irrenärzten die richtigere Würdigung findet!

Aber irre Verbrecher, Personen, die nach ihrer Verurtheilung, in der Strafhaft geisteskrank werden, gehören nicht oder nicht nothwendig in die Irren-Anstalten. Krankgeworden haben sie gleichwohl ihre Schuld nicht gesühnt, sie bleiben immer noch Verbrecher, und ihr Platz ist daher zunächst die Strafanstalt. Aber ihre Krankheit erfordert eine Milderung der Strafe, eine Aenderung der Disciplin, und dieser Forderung entsprechen am besten Kranken-Abtheilungen auf dem Terrain oder in unmittelbarer Nähe der Strafanstalten, mit der Verwaltung dieser verbundene, unter ärztlicher Direction stehende Infirmerien ohne gefängnissartigen Charakter.

Barbier's Antrag betr. die gemischte Commission ist eine Abänderung des Art. 13 des französischen Irrengesetzes, nach welchem Jeder aus der Irren-Anstalt entlassen wird, sobald die Anstaltsärzte ihn für geheilt erklären. Der Präfect und der Staatsanwalt können ja auch bei der Genesungsfrage nicht mit entscheiden. Sind sie nun verpflichtet, das ärztliche Gutachten zu respectiren? wenn, so sind sie in der Commission überflüssig. Einfacher, als diese, wäre dann die amtliche Verfügung der Entlassung auf das Gutachten des Anstaltsarztes hin.

Aber *Barbier's* Antrag enthält auch noch eine Härte. Er verdammt alle hereditär Belasteten und periodisch Kranken, die ein Verbrechen begingen, zum verlängerten Aufenthalte in der Irren-Anstalt, die ja grade die Veranlassung seines Rückfalles werden könnte, den man bei jenen Individuen immer befürchten kann.

Für irre Verbrecher und Sträflinge, die für besonders gefährlich galten, bestand bis vor einigen Jahren nur die sogen. Sûreté in Bicêtre (für Männer), ein von den andern Abtheilungen des Hauses getrenntes Quartier, eine Rotunde mit starken Zellen und Verbarrikadirungen, ein unheimliches, einer Menagerie ähnliches Depôt, noch eine Erinnerung an die Zeit vor der Revolution, als das Bicêtre Hospital und Zuchthaus zugleich war. Seit dem Frühjahr 1876 werden irre Verbrecher auch aufgenommen in einer Abtheilung der Strafanstalt Gaillon (Eure), die administrativ mit dieser verbunden, aber auf demselben Terrain räumlich von ihr getrennt ist. Es werden auch da nur Männer aufgenommen; es ist Platz für 130; augenblicklich sind etwa 80 Sträflinge dort. Da die Zahl der geisteskranken Sträflinge in den französischen Gefängnissen niemals 250 überschritt, so würde eine zweite Anstalt für Sträflinge genügen. Für weibliche irre Verbrecher, die lange nicht so zahlreich sind, besteht in Frankreich keine besondere Anstalt.

Auf dem Congresse in Paris waltete die Abneigung vor, Verbrecher-Anstalten nach dem Muster von Broadmoor in England zu befürworten. Bekanntlich werden in dieser 1863 eröffneten Anstalt in Berkshire verbreche-

rische Irre, criminal lunatics, die bis dahin in die öffentlichen Anstalten, vorzugsweise nach Bedlam, gebracht wurden, und irre Verbrecher, insane convicts, beiderlei Geschlechts aufgenommen. Die Anhäufung und Vereinigung dieser ganz verschiedenen, vielfach höchst gefährlichen Kranken an einem Orte ist a priori verkehrt und practisch bedenklich; es ist äusserst schwer, ein gutes Wartpersonal dauernd für eine solche Anstalt zu erhalten, und diese wird zum Gefängnisse.[1])

Dundrum in Irland ist ein zweites Broadmoor, nur werden hier, sonderbarer Weise, die „gefährlichen" Irren ausgeschlossen und den Gefängnissen übergeben. Vor Ablauf der Strafzeit geheilte Verbrecher wandern in die Gefängnisse zurück; nach Ablauf der Strafzeit erfolgt die Entlassung aus Dundrum, und die alsdann noch nicht genesenen Sträflinge werden einem District-Asyle überwiesen.

In Schottland wurden bis zum Jahre 1857 verbrecherische Irre und irre Verbrecher in der Irren-Abtheilung des Central-Gefängnisses zu Perth untergebracht; seitdem kommen dahin nur noch geisteskrank gewordene Sträflinge, während Irre, die ein Verbrechen begingen, in die Asyle geschickt werden, — das einzig Richtige.

Das Vorbild von Broadmoor und Dundrum ist Auburn, im Staate New-York. Bis zum Jahre 1858 wurden die geisteskranken Sträflinge des Staates in der Irren-Anstalt zu Utica aufgenommen, damals aber das Criminal Lunatic Asylum neben dem Gefängnisse zu Auburn eröffnet, in welchem sowohl angeklagte, verbrecherische Irre, als geisteskrank gewordene Züchtlinge untergebracht werden.

In Deutschland giebt es nur in einigen Strafanstalten (Bruchsal, Waldheim, Halle etc.) besondere Stationen für geisteskranke Sträflinge. Aber sehr oft bleiben Sträflinge, die geisteskrank wurden, in den Gefängnissen; man übersieht, erkennt nicht ihre geistige Störung, diese wird für Simulation gehalten. Deutlich hervortretende Fälle werden, wo es keine Irren-Stationen giebt, oft erst nach langen Verhandlungen den Irren-Anstalten überwiesen, in die sie nicht gehören, weil sie trotz ihrer Erkrankung nicht aufgehört haben, Verbrecher zu sein.

Für verbrecherische Irre giebt es in Deutschland keine besondere Anstalt; sie werden in die gewöhnlichen Irren-Anstalten gebracht, wohin sie auch gehören, und in denen einzelne ganz gut unterzubringen sind, ohne besondere Verlegenheiten zu bereiten, wenn überhaupt die Anstalt nicht überfüllt ist, während ihre Anhäufung an einem Orte als misslich anerkannt wird. Aber auch in den deutschen Gefängnissen finden sich manche Geisteskranke, die es schon vor ihrer Anklage und Verurtheilung waren, nicht selten durch ihre Störung zum Verbrechen kamen; diese wurde aber nicht erkannt. Erfahrungsgemäss wandern namentlich geisteskranke Soldaten, anstatt in ein Asyl, in Arrest und auf die Festung.

---

[1]) Vergl. *Pelman*, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, 27. Bd., pag. 183.

Eine grosse Anziehungskraft hatten für die Mitglieder des irrenärztlichen Congresses zu Paris die grossen neuen Irren-Anstalten der Seine; sie wurden an verschiedenen Tagen gemeinschaftlich besucht und waren die Stätten, wo viele irrenärztliche Fragen und Erörterungen, wissenschaftliche und administrative, sich direct knüpften an Das, was man sah und durchwanderte.

Am 7. August, Morgens 9 Uhr, wurde, dem Programm gemäss, zuerst St. Anne besucht. Für die Irren des Seine-Departements bestanden viele Jahre hindurch im Departement selbst nur zwei öffentliche Anstalten, das Bicêtre in Gentilly bei Paris, für Männer, die Salpêtrière, für Frauen, innerhalb der Stadt. Charenton, im Dorfe Charenton bei Paris, ist Staats-Anstalt, die einzige in Frankreich, früher Maison royale, impériale, jetzt nationale. Es werden hier nur Irre aufgenommen, für welche die Familien die volle Pension bezahlen, oder der Staat Freistellen (halbe oder ganze) gewährt, Beamte etc. Bei der immer steigenden Anfüllung des Bicêtre und der Salpêtrière wurden Tausende von Irren der Seine, auf Grund von Verträgen, in die Anstalten anderer Departements gebracht. Es waren bis vor mehreren Jahren etwa 30 näher oder ferner liegende, öffentliche und private Anstalten, in denen über 3000 Irre aus dem Seine-Departement lebten. Diesem, der französischen Hauptstadt unwürdigen und mit vielen Misslichkeiten verbundenen Zustande gedachte der Präfect Haussmann ein Ende zu machen. Er führte oft bei Seite gelegte Pläne aus und hatte die grossartige Idee, um Paris 12 neue Anstalten für je 600 Kranke zu gründen; er starb vor Ausführung seiner Idee, zu welcher das spätere Paris wird schreiten müssen. Von den bis jetzt neu erbauten drei departementalen Asylen wurde St. Anne zuerst eröffnet, am 1. Mai 1867. Es liegt innerhalb der Mauern der Metropole, im Faubourg St. Jaques, von ganz neuen Strassen umgeben und nicht genügend isolirt, auf einem Terrain von 15 Hectaren. St. Anne hat incl. dieses Terrains und Mobiliar nahezu 9 Mill. Francs gekostet, — die theuerste aller französischen Anstalten; bei der Normalzahl von 616 Kranken — St. Anne hatte am 1. Januar 1878 587 Kranke — kostet jedes Bett über 14,600 Francs. Der Bau bildet ein fast regelmässiges Viereck, in dessen Axe zwischen der Männer- und Frauen-Seite die Administrationsgebäude liegen. Sie ist eine der besten und schönsten Anstalten Frankreichs, aber die Lage innerhalb der Stadt verringert ihre Vorzüge und brachte sie während der Commune in grosse Gefahr; ihre Besetzung durch die Insurgenten wurde zum Glück verhindert.

Von den ausserhalb Paris liegenden Schwester-Anstalten unterscheidet sich St. Anne, ausser durch den Bau, durch die ärztlich-administrative Organisation, durch ihre Bestimmung als klinisches Asyl und durch den Adnex des sogen. Bureau central (d'admission, de répartition), einer kleinen Anstalt mit 50 Betten, die der grösseren Anstalt, dem eigentlichen St. Anne gegenüber liegt, — sie links, diese rechts vom Haupteingang von der Rue Ferrus her; dieses Bureau wurde von vornherein in den Plan von 1861 mit aufgenommen. St. Anne mit seinem Adnex steht unter einem Director;

auf jeder Seite der Hauptanstalt fungirt ein Méd. en chef unter eigener Verantwortlichkeit; im Bureau d'admission fungiren ebenfalls 2 Aerzte, von denen nur einer im Hause wohnt.

Die Directoren der öffentlichen französischen Anstalten werden vom Minister des Innern ernannt, und dieser kann die Stellen des Directors und des Méd. en chef in einer Person vereinigen. In der Mehrzahl der französischen Anstalten hat diese Vereinigung stattgefunden; in etwa 12 dagegen, darunter das neue St. Anne, besteht noch die Trennung, — eine sehr schlechte, mit dauernden und gelegentlichen Uebelständen verbundene Einrichtung, die in Frankreich um so schlechter ist, als, entgegen der Verfügung von 1839, nach welcher auch die Aerzte der Anstalt vom Minister des Innern ernannt wurden, das Dekret von 1852 den Präfecten diese Ernennung zutheilte, wodurch in die Verwaltung der Anstalten eine bedauernswerthe Störung geworfen wurde. Darunter leidet denn nun auch St. Anne.

Alle Irren der Seine, die durch die öffentliche Behörde in einer Anstalt untergebracht werden, — und das ist die grosse Mehrzahl — die unbemittelten, die der öffentlichen Ordnung und Sicherheit präsumtiv gefährlichen, die vagabundirenden, die unbekannten, die Ausländer, deren die eigene Familie sich vorerst nicht annehmen kann, — werden zunächst auf die Polizeipräfectur gebracht. Dieses grosse, historisch und kulturhistorisch merkwürdige „Palais" schliesst eine kleine Irren-Anstalt in sich, die sogen. „Infirmerie". Referent hat vergessen, sich nach dem Ursprung dieses Euphemismus zu erkundigen. Das unheimliche Irren-Depôt mit seinen Einzelzimmern und Zellen liegt dicht neben den Depôts desselben Palais, in welchen auch geistesgesunde Vagabunden, liederliche Frauenzimmer, hülflose und unbekannte Kinder, die man auf der Strasse findet, zeitweise beherbergt und beköstigt werden, und ein Blick in diese verschiedenen, oft lärmenden Räume mit ihrem bunten Durcheinander lässt ahnen, was Alles täglich in der glänzenden Weltstadt vorgeht. Und wie mancher Insasse mag in das unrichtige Depôt gerathen und dem richtigen dicht daneben als nicht erkannter Irre entschlüpft sein! Legrand du Saulle ist seit 1867, wo er auch im Bicêtre eintrat, Arzt der Infirmerie der Polizeipräfectur, in der er fast täglich erscheint, um die neu angekommenen präsumtiv Irren zu untersuchen und ihren Zustand festzustellen. In den letzten Jahren schwankte nach seiner Angabe die Zahl zwischen 2500—2800, und etwa 500 von diesen wurden in jedem Jahre als nicht irre sofort wieder entlassen. Die als geisteskrank erkannten Individuen werden mit dem ärztlichen Atteste weiter nach St. Anne befördert, nach dem Bureau central, wo sie nach abermaliger Untersuchung kürzere oder längere Zeit verweilen, um dann in die verschiedenen, dem Irrendienste der Seine offenen Anstalten vertheilt zu werden. Daher der Name Bureau de répartition, während die Infirmerie der Polizeipräfectur das eigentliche B. d'admission ist. Werden die Kranken nach St. Anne geschickt, so sind sie schon „admis", von Amtswegen, durch den Präfecten, sie können in St. Anne nicht abgewiesen werden. Mehr als ein Drittel der die Polizei-

präfectur passirenden Irren sind eines Vergehens oder Verbrechens angeklagt und demnach der Justizbehörde anheimgefallen; erst nach der gerichtsärztlichen Untersuchung auf der Präfectur können sie dem Asyle zugewiesen werden. Irre, die auf frischer That eines schweren und gefährlichen Verbrechens betroffen werden, oder deren Aufnahme die Polizei-Commissäre als sehr dringend erachten, — jährlich 300 im Mittel — passiren nicht die Polizeipräfectur, sondern werden direct nach St. Anne gebracht. Selbstredend passiren die Polizeipräfectur auch die Irren nicht, welche auf eigne Kosten in Privatanstalten untergebracht werden, etwa 600 jährlich.

Nach Dr. *Hack Tuke*'s Bemerkung [1]) befanden sich unter den in 1877 auf der Polizeipräfectur untersuchten Irren 665 Alkoholiker, oder 25%, — allerdings ein hoher Satz anbetrachts der sonst bekannten Mässigkeit und Nüchternheit der Franzosen. Nach dem Berichte der General-Inspectoren pro 1874 befanden sich am 1. Jan. 1874 in sämmtlichen französischen Irren-Anstalten, also unter 40810 Kranken, 2853 Individuen (2327 Männer, 526 Frauen), deren Geistesstörung dem Missbrauche spirituöser Getränke zugeschrieben wurde, d. i. nahezu 7%. Am 31. Decbr. 1874 war jene Zahl auf 3270 bei 42077 Anstaltsbewohnern gestiegen, d. i. nahezu auf $7^3/_4$%. Auch dieser Procentsatz erreicht nach Ansicht der General-Inspectoren nicht die Wirklichkeit; sie finden, lediglich die Aufnahmen des Jahres 1874 in Betracht ziehend, ein Verhältniss von 17,67% für die Männer, von 5,41% für die Frauen, also von 11,88% überhaupt. Einer von ihnen hatte für die Jahre 1867—1869 das Verhältniss von 12,25% gefunden. *Parchappe* fand in St.-Yon 28% für die Männer, 9,30% für die Frauen, nur die ganz unzweifelhaften Fälle annehmend; dieses Verhältniss von 18,65% erklärt sich durch die grössere Ausdehnung des Alkoholmissbrauchs im Departement der Seine-Inférieure. In den öffentlichen Asylen ist das Verhältniss höher, als in den Irren-Abtheilungen der Hospitäler und in den Privat-Anstalten, die auch arme Irre aufnehmen, ungefähr 13 : 11. Es beträgt in Charenton (Staats-Anstalt, wo nur bemittelte Kranke und Staatsbeamte aufgenommen werden) und in den reinen Privat-Anstalten (Maisons de Santé) nur 7%.

Der von *Tuke* für die Irren der Polizeipräfectur angegebene hohe Satz von 25% erklärt sich einmal dadurch, dass fast nur arme Irre die Polizeipräfectur passiren, dann dadurch, dass bei vielen von ihnen, die als Trinker angegeben werden, andere frühere Ursachen vorliegen, welche nicht sogleich zu ermitteln sind; der Alkoholmissbrauch ist ja so oft nur Symptom der schon ausgebrochenen Geistesstörung.

Am Nachmittag des 7. Aug. kam die zweite Hauptthese des Programms zur Versammlung: Die klinischen Verschiedenheiten der Allg. Paralyse. Es knüpften sich keine Discussionen an die Vorträge der eingeschriebenen Redner, und es fehlte diesem Tage die Lebhaftigkeit des vorigen. Der Vortrag Dr. *J. Falret*'s, gewandt und reichhaltig, wurde mit

[1]) Journ. of Ment. Science, Octob. 1878.

besonderem Beifalle aufgenommen, wie nicht anders zu erwarten war, ebenso die Vorlesung Dr. *Doutrebente*'s, des zweiten Arztes in Ville-Évrard.

Ueber die Verbreitung der Allg. Paralyse in Frankreich machen die General-I. der Anstalten folgende Notizen. Am 1. Jan. 1874 befanden sich in den sämmtl. Asylen 2546 Paralytiker (1736 M. 810 Fr.); aufg. wurden im Laufe des Jahres 1871 (1377 M. 494 Fr.). Am 31. Decbr. 1874 war der Bestand 2619 (1803 M. 816 Fr.). Die Vermehrung betrug daher 73 (67 M. 6 Fr.). Wenn man die Aufnahmen von Paralysen den Jahres-Aufnahmen überhaupt entgegenstellt, so ergeben sich 19,97% für die Männer, 8% für die Frauen, d. i. 13,71% überhaupt. Lediglich das männliche Geschlecht berücksichtigt, wurden in Charenton 41%, in den reinen Privat-Anstalten 34,22%, in den öffentlichen Anstalten 20%, in den gemischten Privat-Anstalten 18,37%, in den Hospital-Abtheilungen nur 14,78% aufgenommen.

Ende 1874 waren in sämmtlichen Anstalten, unter 42077 Irren 2619 Paralytiker, d. i. 6,22%, in Charenton unter 288 männl. Irren 100 Paralytiker = 34,7%, in den reinen Privat-Anstalten unter 525 Irren männl. Geschlechts 106 Paralytiker oder $^1/_5$, in den öffentlichen Anstalten unter 11,035 Männern 826 Paralytiker oder 7,5%.

Während das Verhältniss der paralytischen Frauen zu den paralytischen Männern in Charenton 5 : 100, in den reinen Privat-Anstalten 20 : 106 war, zählte man in den öffentlichen Anstalten 454 Frauen auf 826 Männer oder 55 : 100, in den Hospital-Abtheilungen 116 : 239 oder 50 : 100, in den gemischten Privat-Anstalten 221 : 532 oder 41%.

Dieses Resultat bestätigt die schon vor langer Zeit gemachte Bemerkung Dr. *Baillarger*'s, dass die Allg. Paralyse weit seltener ist unter den Frauen der bemittelten Classen, als denen der Arbeiterclassen. Gleichwohl ist die Zahl der paralytischen Frauen in den öffentlichen Anstalten, in den ihren Charakter tragenden Privat-Anstalten und den Hospital-Abtheilungen erstaunlich gross. Im Jahre 1864, also zehn Jahre früher, kamen in den öffentlichen Anstalten auf 728 paralytische Männer nur 232 paralytische Frauen, das sind nur 32%.

Die Paralyse ist demnach beim weiblichen Geschlechte häufiger geworden. In den öffentlichen Anstalten des Seine-Departements allein war Ende 1874 das Verhältniss sogar 61 : 100.

Die Aufnahmen in den departementalen Anstalten Frankreichs ergeben für 1874 das Verhältniss von ungefähr 40 paralyt. Frauen auf 100 paralytische Männer.

In den Jahren 1835—1853 wurden in St.-Yon 150 Paralytiker aufgenommen, darunter nur 35 Frauen.

Obige Bemerkung *Baillarger*'s wird auch durch die Statistik der preussischen Irren-Anstalten bestätigt. Ende 1876 war das Verhältniss der paralytischen Frauen zu den Männern

a) in den sämmtlichen öffentlichen Anstalten 91 : 380 = 24 : 100,

b) in den sämmtlichen Privat-Anstalten 18 : 170 = 10,5 : 100.

Ende 1875 war es a) 78 : 305, b) 0 : 144, also am Ende 1875 in sämmtlichen Privat-Anstalten keine paralytische Frau.

Am 8. Aug. Morgens wurde, dem Programm gemäss, die zweite departementale Irren-Anstalt, Vaucluse, besucht. Sie ist die jüngste der drei neuen Seine-Anstalten, in 1869 eröffnet. Ein liebliches Bild auf leichter Anhöhe, von Wald, Rasen- und Blumen-Anlagen umgeben, in der Nähe der Station Epinay auf der Linie nach Orleans — gebietet Vaucluse über ein durch verschiedene Wege getrenntes Terrain von nahezu $122^1/_2$ Hectaren. Dieses inbegriffen kostete sie über 6 Mill. Fr.; sie hat Platz für 600 Kranke, so dass auf den Kopf etwa 10,000 Fr. kommen. Der enorme Kosten-Unterschied gegen St. Anne, die mit nur 15 Hectaren 9 Mill. Fr. erforderte, erklärt sich durch die Lage der letzteren in der Hauptstadt.

Während des deutsch-französischen Krieges, musste das dritte neue Seine-Asyl, Ville-Évrard, verlassen werden. Am 5. Septbr 1870 ging von Paris die Ordre aus, dass die Kranken nach Vaucluse gebracht werden sollten; die deutsche Armee war nur mehr 3—4 Tagemärsche entfernt, und die Uebersiedelung erfolgte schon am 6 Septbr; ein Extrazug fuhr um 11 Uhr Abends von der Station Nogent s./Marne ab und langte 5 Uhr Morgens in Epinay an, mit den Kranken, ihren Betten etc. Die Ausladung erfolgte während eines Platzregens. Ungefähr hundert bettlägerige und körperlich Kranke wurden in Wagen nach Vaucluse gebracht, die übrigen gingen zu Fuss dahin, die meisten ihr Bettzeug tragend. Kein Unfall ereignete sich; nur bei mehreren Kranken trat einige Erregung ein; zwei entwichen während der Uebersiedelung und konnten während der allgemeinen Verwirrung nicht aufgesucht werden; mehre Wärter hatten sich betrunken, um die ermüdende Nacht besser zu überstehen. Vaucluse hatte nun die doppelte Anzahl von Kranken, etwa 1200; der 2. Arzt, der Oberwärter und das Wartpersonal von Ville-Évrard wurden auch mitaufgenommen. Es handelte sich nun um die genügende Verproviantirung des Asyles. Der für 3 Wochen hinreichende Vorrath an frischem Fleisch (Kühe, Schweine, Geflügel) war auf Verfügung des Vertheidigungs-Comité's nach Paris in's Asyl St. Anne geschafft. Der Fleisch-Lieferant von Vaucluse konnte jeden Augenblick gezwungen sein, die Lieferungen zu unterbrechen. Es wurden daher sofort 4000 Kilogr. Fleisch gekauft und eingesalzen, — ungefähr für 3 Wochen genügend. Am 15. Septbr ging die Preuss. Armee bei Corbeil über die Seine und überschwemmte die ganze Gegend; die Eisenbahn- und Telegraphen-Verbindungen wurden unterbrochen, und es begannen die Requisitionen. Vaucluse war von diesem Augenblicke an vollständig isolirt, ohne Verbindung mit seiner Central-Behörde (Seine-Präfectur). Schon vor Ankunft des Feindes war der Fleisch-Lieferant entwichen. Nur noch 5 Kühe waren in Vaucluse, welche der Anstalts-Director auf eigene Verantwortlichkeit hin nicht nach Paris befördert hatte. Man nahm nun seine Zuflucht zum gesalzenen Fleische; aber das Einsalzen war misslungen, das Fleisch begann zu faulen, und nach sachverständiger Untersuchung wurde der Ge-

nung desselben untersagt. Gleichzeitig kündigte der Brod-Lieferant an, dass die Preussen sein Backhaus für sich allein mit Ausschluss des Asyles belegt hätten, und so stand Vaucluse am Vorabend gänzlichen Mangels an Fleisch und Brod, selbst die Requisitionen der feindlichen Armeen erwartend, welche schon die umgebenden Dörfer betroffen hatten. Schon vor dem Uebergang der Deutschen über die Seine, also dem 15. Septbr., hatte der Chefarzt von Vaucluse, — obgleich die Administration vorher, wo es noch nicht nöthig erschien, bestimmt hatte, dass in den Asylen der Seine Feldlazarethe nicht errichtet werden sollten — aus Vorsicht und die Genfer Convention im Auge, zum Schutze des Asyles, der internationalen Gesellschaft 12 Betten für Kranke und Verwundete angeboten.

Das Anerbieten wurde schriftlich angenommen; aber die Schnelligkeit der Ereignisse verhinderte die Ausführung; die Verbindung zwischen Paris und Vaucluse wurde zu rasch unterbrochen. Aber gestützt auf die schriftliche Annahme, liess man auf der Anstalt und auf allen seinen Thoren die Genfer Fahne wehen.

Vor der Frage des Lebens oder des Todes seiner unglücklichen Kranken stehend, wandte sich der Anstaltsdirector am 25. Septbr. an den Kronprinzen von Preussen, der die 3. Armee befehligte, und schon anderen Tages brachte man ihm die Ordre:

„Die Irrenanstalt Vaucluse ist frei von jeder Einquartirung und Requisition. Der Director der Anstalt hat ausserdem das Recht, Lebensmittel und was zum Unterhalt der Irren nöthig ist, in der ganzen Gegend aufzukaufen etc.

Versailles, den 25. Septbr. 1870.

Für den Oberbefehlshaber der 3. Armee
von Gottberg."

Es war die höchste Zeit, denn am selben Tage erschienen Requisitionssoldaten auf der Ferme von Vaucluse, und es verbreitete sich das Gerücht, dass der Feind die Anstalt besetzen wolle. Die Entleerung des Asyles St. Dizier und seine Besetzung durch die deutsche Armee hat gezeigt, dass jene Eventualität nichts weniger als unmöglich war. Das Asyl Vaucluse war nun gesichert. Es blieb noch die Schwierigkeit der Verproviantirung in einer Gegend, die von den meisten Kaufleuten und Händlern verlassen und ausserdem durch die unaufhörlichen Requisitionen des Feindes erschöpft war. „Wir waren so glücklich", schreibt Dr. *Billod*, dessen Bericht Ref. die obigen Mittheilungen verdankt, „diese Schwierigkeit zu überwinden, aber es kostete unendliche Mühe."

Die General-Inspectoren der französischen Anstalten erwähnen in ihrem Berichte an den Minister des Innern von 1874 rühmend der Energie und Thätigkeit des Dr. *Billod*, des Directors von Vaucluse, dem es zu verdanken sei, dass durch das plötzliche Ansteigen der Anstaltsbevölkerung auf 1200

die Kranken wenig gelitten haben und das Asyl von den feindlichen Requisitionen frei blieb.

Dr. *Billod* hat noch ein anderes grosses Verdienst um Vaucluse. Auf seinen Vorschlag [1]) wurde auf dem Territorium der Anstalt eine Colonie für männliche Idioten gebaut, die nun einen freundlichen Adnex des Asyles bildet. Es können daselbst bis zu 150 Kinder aufgenommen werden; im August, beim Besuche der Anstalt durch die Mitglieder des Congresses, waren etwa 70 Idioten dort. Epileptische werden nicht aufgenommen. Die Hauptbeschäftigung ist Feldarbeit, ferner Gymnastik; dem Schulunterrichte dienen mehre Säle. Die Kinder tragen dunkelblaue Uniform. Sie sahen durchweg frisch aus und waren gut genährt. Jedenfalls sind die Idioten in solchen ländlichen Asylen besser aufgehoben, als in Abtheilungen grosser Hospitäler, wie in Bicêtre, wo in 1842 eine Idiotenschule gegründet wurde; die Idioten befinden sich dort mit einfach Epileptischen, mit epileptischen Irren in einer Abtheilung. In der Salpêtrière besteht seit 1848 eine besondere Abtheilung für weibliche Idioten, die bis dahin mit den erwachsenen Irren zusammen lebten.

Das ganze Etablissement Vaucluse, welches mit seinen Dependenzen am 1. Jan. 1878 726 Kranke zählte, machte auf die Besucher einen sehr günstigen Eindruck durch die überall herrschende Ordnung und Sauberkeit, die namentlich in den Lingerien imponirte. Auffallend war dem Ref. das Fehlen jeder Spur von Zerstörung in den Gärten selbst der unruhigen Abtheilungen; die herrlichen Blumenbeete, wodurch die Anstalten Frankreichs sich auszeichnen, schienen in Vaucluse niemals durch den Fuss oder die Hand eines Irren berührt worden zu sein. Man überzeugte sich, dass der Mann, der das Asyl in 1870 rettete, es im Frieden auf der Höhe seines Ansehens zu erhalten versteht.

In der Nachmittagssitzung des Congresses am 8. Aug. wurden die im Programme angezeigten Vorträge gehalten, mit Ausnahme des von *P. Lucas*, der zu erscheinen verhindert war.

Sehr belehrend waren die Mittheilungen Professor *Mierzejewski*'s über das Gehirn der Idioten; mit dessen Untersuchung er sich viel und eingehend beschäftigt hat [2]) — ein weites, der Bearbeitung noch sehr bedürfendes Gebiet. Redner betont u. A., dass nur die histologische Untersuchung des Gehirns der Idioten die feinsten und merkwürdigsten Veränderungen und Anomalien aufdecke, und begleitet seinen Vortrag durch Demonstration eines Gehirns mit bedeutender Entwickelung und Mächtigkeit ($2^1/_2$—7 Millimeter) der grauen Substanz der Windungen, die zwischen den Sulcis nicht

[1]) Etude sur des Questions concernant la Réorganisation du Service des Aliénés de la Seine. Paris. Masson 1874.

[2]) Revue d'Anthropologie (par *P. Broca*). Tome 5, 1876, No. 1. Paris, Leroux. Considérations anatomiques sur les cerveaux d'Idiots, Genève, 1878, Ramboy et Schuchardt.

eine, sondern mehre Curven auf der Oberfläche der Hemisphären bildete. *Hack Tuke* hat den Vortrag *Mierzejewski's* im Journ. of Ment. Science Jan. 1879 übersetzt.

Am 9. August besuchte man des Morgens die dritte neue departementale Irren-Anstalt der Seine, — Ville-Évrard. Sie liegt 16 Kil. östlich von Paris, bei der Station Nogent an der Eisenbahn nach Vincennes. Eröffnet im Januar 1868, besitzt sie ein Terrain von 82 Hectaren, ausserdem 218 Hectaren, die verpachtet sind. Hier ist also noch Platz für eine 4. neue Anstalt. Ville-Évrard kann 620 Kranke aufnehmen und hat $6^3/_4$ Mill. Fr. gekostet. In der Nähe des Asyles ist 1875 ein Pensionat eröffnet, mit 84 Plätzen für jedes Geschlecht, mit 3 Classen von 900—2400 Fr. p. anno. Die General-Inspectoren der französischen Irren-Anstalten erklären Ville-Évrard für die beste der drei neuen Seine-Asyle. Es wird von Dr. *Lamaëstre* dirigirt und war beim Besuche am 9. Aug. in einer bewundernswerthen Ordnung.

Im Kriege 1870 war das Vertheidigungs-Comité anfangs der Ansicht, dass Ville Évrard bei seiner Lage in der Ebene nicht in Gefahr sei, da die Kugeln darüber hinweggehen würden; schliesslich wurde jedoch seine Entleerung beschlossen, wie oben schon erwähnt. Die Nähe des Forts Avron und der Befestigungen von Nogent machte das Terrain von Ville-Évrard zum Schauplatze mehrer Gefechte, und die Anstaltsgebäude wurden zum Theil wiederholt besetzt; das Mobiliar wurde gänzlich zerstreut. Die Kriegsschäden beliefen sich auf 70,000 Fr. Nach Beendigung des Krieges wurden nur 35 kräftige und arbeitsfähige Kranke aus Vaucluse nach Ville-Évrard zurückversetzt, um bei der Instandsetzung des Etablissements behülflich zu sein; der grössere Rest blieb in Vaucluse, das sich durch allmälige Entlassungen wieder entleerte.

Die Nachmittagssitzung am 9. Aug. wurde um 4 Uhr eröffnet. Es stand die 3. These des Programms auf der Tagesordnung: Des délires instantanés, transitoires (délires par accés) au point de vue de la médecine légale des aliénés.

Die ganz freie, schwungvolle, fesselnde Rede des Professor *Lasègue* versetzte uns in einen gefüllten Hörsaal, dessen aufmerksame Ruhe nach Beendigung des Katheder-Vortrags in stürmischen Applaus überging; diesem folgten stillere Beglückwünschungen Seitens einzelner Kollegen. Bekannt ist die Abhandlung *Lasègue's* über das Délire par accés, welche er in der Affaire *Thouviot* in Gemeinschaft mit *Blanche* und *Bergeron* in den Archives générales de Médecine (Jan. 1875) veröffentlichte.

Diesem professoralen Vortrage folgten die Vorlesungen:

1) Dr. *Christian's* über das epileptische Irresein; die larvirte Epilepsie wird bestritten; es gehört zum epileptischen Irresein immer das Symptom des vollständigen oder unvollständigen Anfalls.

2) Prof. *Echeverria's* über die impulsiven Delirien der Epileptiker;

eine lange Abhandlung mit vielen Beobachtungen, von grossem Interesse für die gerichtliche Medicin [1]).

3) Das von Dr. *Cortyl* vorgelesene Resumé der Abhandlung Dr. *Lagardelle's*, der durch Krankheit zu erscheinen verhindert war.

Am Samstag d. 10. Aug. Morgens besuchten die Mitglieder des Congresses die Special-Ausstellung des Ministeriums des Innern auf der Allg. Ausstellung, unter Führung des Unter-Staatssecretairs Mr. *Lepère*. Sie enthielt manches für Irrenärzte Interessante, zu dessen genauerer Besichtigung allerdings längere Zeit erforderlich gewesen wäre. Ref. erwähnt daher nur Einiges.

Die Irren-Anstalten, die Findel- und Waisenhäuser, die Bettler-Asyle haben im Ministerium des Innern dasselbe Bureau, dessen Chef augenblicklich Mr. *Follet* ist. Es lagen in der ministeriellen Ausstellung die Pläne und Zeichnungen von nahezu 50 öffentlichen Anstalten, darunter auch Reliefpläne, mit Angabe der Bevölkerung am 1. Jan. 1878. Während die neuen Irrenanstalts-Bauten offenbar einen grossen Fortschritt des Irrenwesens in Frankreich bekunden, was ja auch Dr. *Baillarger* in der Eröffnungsrede mit Recht hervorhob, so dass Frankreich in jener Beziehung hinter keinem Lande zurücksteht, — zeigen die in diesen Anstalten noch gebräuchlichen Zwangsmittel, obgleich viel milder, als die „fers autrefois employés", dass Frankreich sich der von England ausgegangenen Reform noch nicht angeschlossen hat. Die Ausstellung der Modelle der dort noch gebräuchlichen mechanischen Apparate im Pavillon des Ministeriums passte in der That nicht zu den schönen, herrlichen Bauten mit ihren freundlichen, wohlgepflegten Blumengärten, welche in den Tagen vorher besichtigt worden waren.

Hack Tuke's [2]) Beobachtungen, mit denen die des Ref. in 1867 [3]) und 1878 zum Theil übereinstimmen, scheinen allerdings zu beweisen, dass das System der zwangslosen Behandlung der Irren in Frankreich nur sehr geringe Fortschritte gemacht hat. Günstiger ist indessen der Bericht der General-Inspectoren von 1874. Sie sagen so: „Das gewöhnliche Zwangsmittel in Frankreich, die Jacke, wird jetzt viel seltener angewandt, als vor 20 Jahren; in manchen Anstalten, namentlich in Montevergues, Leyme, Montauban, existirt sie, so zu sagen, nicht mehr, und in andern, Saint Madelaine, Rodes, Toulouse, Cadillac, Tours, La Charité, Quatre Mares ist sie nur selten in Gebrauch. Aber das zwangslose System ist weder in allen Anstalten noch bei allen Kranken ohne Unterschied möglich; namentlich können gewisse gefährliche Epileptiker und Alkoholiker ohne Zwangsmittel nicht beherrscht werden. Bei den Frauen werden sie manchmal zur Gewohnheit (routine). In ge-

---

[1]) *Echeverria* hat neuerdings eine lange Abhandlung über Epilepsia nocturna und ihre Beziehungen zum Somnambulismus im Journ. of Mental Science, Jan. 1879 veröffentlicht.

[2]) Journal of Ment. Science, Octob. 1878.

[3]) Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 24. Bd., p. 741.



mischten Anstalten haben wir öfters nicht einen Mann, dagegen wohl 8—10 Frauen in der Jacke angetroffen. Mit Hülfe eines genügenden Personals lassen sich in den Anstalten die Jacken und Fesseln fast vollständig abschaffen. Bei Kranken ausser dem Bette ist von der Jacke kaum ein ernstlicher Nachtheil für die Gesundheit zu fürchten; anders ist es, wenn man sich ihrer zur Fixirung des Kranken im Bette bedient; der Druck auf die Brust wird bei gleichzeitigen Binden über den Unterleib um so nachtheiliger. Um die Nachtheile dieses Druckes zu verhindern, wenden Dr. *Bouchereau* und *Magnan* in St. Anne das nach ihnen benannte Wickelzeug (Maillot) an, welches aber zur vollständigen Erreichung des Zweckes modificirt werden muss.* Ein Modell dieses Maillot für Männer und Frauen befand sich in der ministeriellen Ausstellung, sowie im Pavillon der Stadt Paris, wo auch andere Einrichtungen aus St. Anne zu sehen waren. Hoffentlich werden alle diese Apparate, wenn Paris wieder eine Allg. Ausstellung bietet, nur noch ein historisches Interesse haben.

Wir fanden im Pavillon des Ministeriums des Innern eine statistische Uebersicht der Bewegung in den 107 französischen Irren-Anstalten während des Jahres 1877; sie umfasst Irre, Idioten und Cretins; wir geben sie hier wieder.

Krankenbestand am 1. Jan. 1877	Männer	20,637	. . .	43,750
	Frauen	23,113		
Aufnahme in 1877	Männer	6479	. . .	12,049
	Frauen	5570		
Summe der Verpflegten in 1877	Männer	27,116	. . .	55,799
	Frauen	28,683		
Entlassungen in 1877				
a. geheilt	Männer	1619	3080	
	Frauen	1461		
b. gebessert	Männer	720	1429	
	Frauen	709		
c. in eine andere Anstalt	Männer	856		
	Frauen	680		
		1536		
d. aus andern Ursachen	Männer	599	979	
	Frauen	380		
e. gestorben	Männer	2926	5285	
	Frauen	2359		
Summe der Entlassungen	Männer	5664	. . .	10,773
	Frauen	5109		
Bestand am 1. Jan. 1878	Männer	21,252	. . .	45,026
	Frauen	23,774		

Des Vergleiches halber führt Ref. den Krankenbestand der sämmtlichen französischen Irrenanstalten in den Jahren vorher an.

1. Jan.		1865	34,880	
„	„	1866	35,532	
„	„	1867	36,444	
„	„	1868	37,390	
„	„	1869	38,417	
„	„	1870	39,153	
„	„	1871	38,945	Kriegsjahre
„	„	1872	37,273	
„	„	1873	39,167	
„	„	1874	40,810	
„	„	1875	42,077	
„	„	1878	45,026	

Zwei colorirte geographische Karten von Dr. *Lunier* lagen aus, als Illustrationen zu den statistischen Tabellen des officiellen Jahresberichtes p. 1874. Die eine klassirt die französischen Departements nach dem Verhältnisse der von ihnen verpflegten Irren zu ihrer Bevölkerung. Es kamen auf 100,000 Einwohner in den Departements: 1) Seine 304, 2) Rhone 183, 3) Untere Seine 164, 4) Rhonemündung 131, 5) Vaucluse 121,5, 6) Eure 118 Anstaltskranke.

Diese 6 Departements waren in eine Klasse gebracht und dunkelroth gefärbt. Dann folgte die 2. Klasse mit 107—81 Irre : 100,000 E. u. s. w. Am niedrigsten steht Corsika mit 15,6 : 100,000. Im Durchschnitt, also in ganz Frankreich kommen auf 100,000 E. 89,7 Irre in Anstalten.

Die andere Karte klassirt die Departements nach dem Verhältniss der Kosten der Irren-Verpflegung, auf 100 Einwohner. Diese betrugen in 1874 in den Departements: 1) Seine 171 Fr. 25, 2) Untere Seine 77 Fr. 58, 3) Rhone 73 Fr. 25, 4) Rhonemündungen 59 Fr. 70, 5) Eure 55 Fr. 75, 6) Corsika 11 Fr. 64.

In der Nachmittagssitzung des Congresses wurden die letzten Gegenstände des Programms erledigt. Ref. erhielt zuerst das Wort zu der These: Patronage des aliénés. Da die Hülfs-Vereine für Irre ohne allen Zweifel ein wichtiges Hülfsmittel zur Verbesserung des Looses der Irren in und ausser den Anstalten sind, — so lag dem Ref. daran, die Mitglieder des Congresses zur Gründung solcher Vereine, an deren Spitze die Directoren der Irren-Anstalten stehen müssen, zu ermuntern. In Frankreich mit seinen über hundert Anstalten ist man in dieser Richtung der pract. Psychiatrie hinter Deutschland und der Schweiz zurückgeblieben, obgleich dort schon sehr früh Hülfs-Vereine gegründet wurden, als in Deutschland erst ein einziger bestand, der Nassauische, welcher jetzt, leider, nicht mehr besteht.

Es war *David Richard*, Director zu Stephansfeld, welcher auf dem Congresse zu Strassburg, 1842, zur Gründung von Vereinen aufforderte, und der Hülfs-Verein im Elsass entstand noch in demselben Jahre.

In 1843 gründeten *Baillarger* und gleich darauf *Falret* (d. Vater) ein Patronat für entlassene Irre der Salpêtrière und des Bicêtre, beide haben sich

vereinigt, und ihr Vorsitzender ist der Sohn des Gründers, *J. Falret.* Im Jahre 1848 entstand auch im Departement der Meurthe ein Patronat für Irre, gleichzeitig für Waisen, gefundene Kinder, Taubstumme und Blinde, und dieser Verein hat sich öfters der aus Maréville entlassenen Irren angenommen. Das ist Alles, was bis jetzt, so weit Ref. weiss, in Frankreich in dieser Richtung des Irrenwesens geschehen ist. Die Unterstützung von 10—15 Fr., welche nach dem Reglement vom 20. März 1857 die geheilt aus den Anstalten Entlassenen erhalten, reicht zur Bestreitung ihrer ersten Bedürfnisse selten aus; und in einigen Asylen gewährt man diese Unterstützung nur den Kranken, die gearbeitet haben, also ihr eignes Verdienst.

Mit Recht haben daher die General-Inspectoren der französischen Anstalten in ihrem Berichte an den Minister von 1874 diesen ersucht, die Gründung von Hülfs-Vereinen für Irre zu fördern und zu veranlassen. Es kann und wird auch in Deutschland noch mehr auf diesem Gebiete geschehen, dessen Beachtung auch wir den staatlichen Behörden empfehlen.

Es handelt sich nicht allein um Das, was die ersten Hülfs-Vereine in Deutschland und Frankreich, und was auch später gegründete Vereine ausschliesslich im Auge haben, — die Unterstützung und der Schutz der aus der Anstalt entlassenen Kranken, — sondern um die Förderung und Hebung der Irrenpflege überhaupt, um die Ausführung eines Programms, wie es die Vereine in der Schweiz, in Westfalen, in der Kurmark, in Schlesien, im Grossherzogthum Hessen aufgestellt haben. Der Staat kann die Thätigkeit der Vereine durch ein umfassendes Irrengesetz, das überall noch fehlt, wesentlich unterstützen, und die Vereine sind wiederum die besten Förderer des Gesetzes. Die Zeit ist nicht mehr fern, wo man allgemein begreifen wird, dass, um den ernstlichen Gefahren, welche der menschlichen Gesellschaft durch die Ausbreitung des Irreseins drohen, zu begegnen, — die Gründung immer neuer Irren-Anstalten, auch wenn das Geld dazu da wäre, durchaus nicht genügt. Staatliche Verordnungen und Aufklärung des Publikums müssen hinzutreten, um die Wohlthaten der Irren-Anstalten zu sichern, die Lage der Irren ausserhalb der Anstalten zu verbessern und die Ausdehnung des Irreseins zu beschränken, soweit es möglich ist. Die Prophylaxis des Irreseins ist die grosse Aufgabe der Psychiatrie, und den Irren-Aerzten liegt es ob, den staatlichen Behörden mit ihren Erfahrungen und Kenntnissen zur Seite zu treten und die Aufklärung in Sachen des Irrenwesens im Publikum zu verbreiten. Augenblicklich sind anatomisch-physiologische und klinische Forschungen unter den Irren-Aerzten Mode; sie sind eine Mode, die dem Bedürfnisse entspringt, die naturwissenschaftliche Grundlage und Stellung der Psychiatrie zu sichern, deren Huldigung indessen, leider, den Irren zunächst viel weniger nützt, als werkthätige Praxis, wie sie in dem Leben der Hülfs-Vereine hervortritt.

Dr. *Rouby* (Dôle) sprach über den Artikel 29 des französischen Irren-Gesetzes vom 30. Juni 1838. Dieses Gesetz hat den doppelten Zweck, den Irren und die Gesellschaft zu schützen. Die Mehrzahl der französischen

Irren-Aerzte hält die gänzliche Umgestaltung dieses Gesetzes für überflüssig, wünscht aber die Aenderung einiger Artikel, so des Art. 29. Nach diesem kann der Vormund, ein Verwandter, ein Freund eines Anstaltskranken jederzeit bei der Behörde des Bezirks, in welchem die Anstalt liegt, die Entlassung desselben beantragen. Die Entscheidung darüber muss ohne Verzögerung erfolgen; sie braucht nicht motivirt zu sein. Es urtheilen also Nicht-Aerzte darüber, ob Jemand aus der Anstalt entlassen werden soll oder nicht, d. h. ob er irre ist oder nicht; sie geben ihr Urtheil ab unter dem Vorwand „des Schutzes der Irren". Mit Recht fordert Dr. *Rouby* die Abänderung des obigen Artikels dahin, dass die Entlassung nicht ohne ärztliche Untersuchung des Betr. erfolge.

Innerhalb 8 Jahren sei die Entlassung von 4 Kranken aus seiner Anstalt amtlich angeordnet, ungeachtet seiner Erklärung, dass sie noch geisteskrank seien, und ungeachtet seines Gesuches, noch irgend einen anderen Irrenarzt hinzuzuziehen. Die Richter haben nach ihrem Gewissen geurtheilt und gehandelt; gleichwohl haben sie sich geirrt, und schon dreimal waren die Folgen sehr traurige; der 4. Fall ist erst wenige Tage alt. Redner schildert die Fälle ausführlicher, um Aerzte und Beamte urtheilen zu lassen, auf welcher Seite die Wahrheit liege. Ref. giebt den ersten Fall im Auszuge wieder.

Er betrifft einen an Sinnestäuschungen leidenden Kranken, dessen Vater und eine Schwester geisteskrank sind, und dessen älterer Bruder an acuter Meningitis starb. Der Kranke glaubt, er werde von einem Arzte und dessen vielen Dienstboten verfolgt; vermittelst electrischer Apparate schleudere man ihm schmutzige Sachen auf den ganzen Körper; man erstarre seine Gelenke, erzeuge ihm das Wechselfieber, abwechselnd kalt und warm electrisirend; unter der Form von Speichel bringe man in seinen Mund schrecklich salzige Dinge. Um sich gegen die Vergiftung zu schützen, hatte der Kranke beständig einen grossen Topf mit Wasser bei sich, dabei ein Waschbecken und ein Glas, und jeden Augenblick spülte er den Mund aus. Häufig hustet er und verzieht das Gesicht, um sich von dem vergiftenden Speichel zu befreien. „Im Juni 1870", schreibt der Kranke, „war ich überzeugt, dass Niemand mir glaubte, wenn ich die Wahrheit sagte; ich beschloss daher immer zu lügen, um meine Befreiung zu beschleunigen. Am 1. Juni erklärte ich dem Arzte, dass ich Nichts mehr höre noch sähe; mein Schlaf sei nicht mehr gestört; ebenso sprach ich mich bei meiner Familie aus; meine Gesundheit sei vortrefflich, — dies war die Wahrheit — und ich könne wieder arbeiten. Man examinirte mich oft, und ich gestehe offen, dass ich unverschämt log, entschlossen, im Stillen zu leiden, ohne Jemanden Etwas zu fragen, um möglichst bald die Freiheit, das köstlichste Gut, wieder zu erlangen. So ging es weiter bis zum 28. Aug., meinem Geburtstage. An diesem Tage ordnete der Arzt an, aus meinem Zimmer die Wasserflasche und das Glas zu entfernen; ich sah mich beraubt und hatte Angst und bat den Arzt, mir das Wasser zu lassen. So gestand ich von Neuem die Existenz von Feinden."

Diese Mittheilung, schriftlichen Notizen des Kranken entnommen, zeigt, wie geschickt die Hallucinanten sind, ihre Krankheit zu verbergen, wenn sie merken, dass ihre Entäusserung ihrem Interesse widerspricht. Jener Kranke wissend, dass seine Hallucinationen die Ursache seiner Detention waren, wusste sie auch vor den Richtern zu verbergen, die beauftragt waren, seinen Zustand zu untersuchen.

Im Febr. 1873 beantragte er beim Tribunal zu Dôle seine Entlassung. Dass seine Hallucinationen damals noch bestanden, war leicht zu begreifen, da er fortfuhr, beim Essen gewisse Vorsichtsmaassregeln zu treffen, seinen Gaumen zu reinigen, seinen Auswurf aufzubewahren. Das Tribunal verfügte seine Entlassung, trotz meines Krankheitsattestes, trotz des dringenden Wunsches der Familie, dass die ärztliche Behandlung des Kranken, der ihr gebessert schien, fortgesetzt werde.

Einige Monate nach der Entlassung stürzte sich der Kranke aus dem Fenster und erlitt 5 Fracturen. Er kam mit dem Leben davon, blieb aber ein arbeitsunfähiger, hülfloser Invalide, zu Lasten seiner Familie. Seine Hallucinationen bestehen noch.

Dr. *Rouby* schlägt nun vor, den Art. 29 des französischen Irren-Gesetzes dahin zu ändern, dass die Entscheidung über die Entlassung eines Kranken aus der Anstalt vom Tribunal unter Zuziehung von zwei Irrenärzten ausgehen solle, die nicht zu der Anstalt gehören, in welcher der Kranke sich befindet.

Das ist eine an *Barbier*'s Vorschlag erinnernde gemischte Commission, die nur dann Werth hat, wenn die ärztliche Ansicht entscheidet. Man sollte übrigens meinen, dass schon nach Art. 13 des franz. Irren-Gesetzes, „wonach die Detention eines Kranken aufhört, sobald die Anstaltsärzte ihn für geheilt erklären“, das Tribunal auf das ärztliche Gutachten recurriren müsse und nicht eigenmächtig handeln könne. Im Art. 29 ist allerdings vom Arzte keine Rede. Auch in Deutschland kommen derartige eigenmächtige amtliche Entscheidungen vor. Auf der linken Rheinseite, im Bezirke des Code Napoleon hat im Laufe der Jahre der Königl. Oberprokurator die Entlassung von zwei Kranken meiner Anstalt verfügt, die ohne Zuziehung von Aerzten, der richterlichen Exploration behufs beantragter Entmündigung unterworfen worden waren. Der eine Kranke blieb freiwillig in der Anstalt, der andere, in die Heimath entlassen, wurde bald darauf als Störer der öffentlichen Ruhe und Ordnung der Anstalt wieder zugeführt.

Am 10. Aug. fand der Congress seinen feierlichen Schluss durch ein Banquet in dem grossen, neuen, luxuriösen Hôtel Continental, Ecke der Rue Rivoli-Castiglioni, nahe der dunklen Vendôme-Säule, gegenüber dem Garten der Tuilerien. Der Glanz dieses vielleicht glänzendsten Hôtels der Welt wurde nicht getrübt durch die Prophezeihung einer pessimistischen Matrone, dass es nach Schluss der Allg. Ausstellung zusammenstürzen und die Hoffnungen der Actionäre unter sich begraben werde. Ref. glaubt dieser Matrone nicht,

denn ohne solche Hôtels kann Paris nicht existiren. Die Milliarden, welche nach Deutschland wanderten, sind längst verschmerzt und ersetzt, Frankreichs Volkswirthschaft hat uns überflügelt, es ist reicher an Geld und Credit, denn je; Paris besitzt seine alte Anziehungskraft für alle Völker, und die Consolidirung der Republik hat das Leben der glänzenden Weltstadt neu belebt.

Auf dem Banquet erschien auch Mr. *Lepère*, der Unterstaatssecretair, der an den Verhandlungen des Congresses unausgesetzt lebhaften Antheil genommen hatte. Die auswärtigen Congressmitglieder waren von ihren französischen Collegen eingeladen und erhielten ihre Ehrenplätze in der Nähe des Präsidiums. Das Ende des luxuriösen Banquets und der an psychiatrischen Verhandlungen reichen Woche fielen zusammen.

Aber der Abschied von Paris und Frankreich ist nicht leicht. Eine grosse Zahl von Congressmitgliedern blieben noch, veranlasst durch Einladungen nach Clermont und nach Rouen.

Der Besuch der bekannten Anstalt der Gebrüder Dr. *Labitte* wurde am Sonntag den 11. Aug. gemacht. Das Kloster La Garde in der Nähe der Stadt Clermont war der Anfang des jetzigen Etablissements; es wurden dort auf geheime Verhaftsbefehle ungerathene Söhne und Priester aufgenommen. Es wurde in der Revolutionszeit geschlossen, und der Grossvater (mütterl. Seits) der jetzigen Besitzer des Etablissements versetzte aus dem Kloster in das Haus zu Clermont einige dort bisher befindliche Geisteskranke. Im 1822 übernahm M. *Labitte* von seinem Schwiegervater die Anstalt, die bis zum Jahre 1832 nicht bedeutend war. Nach Abschluss eines Vertrags mit dem Departement (Oise) behufs Verpflegung seiner Irren nahm die Anstalt einen raschen Aufschwung. Augenblicklich nimmt Clermont alle armen Irren auf aus den Departements Oise, Somme, Seine et Marne, und einen Theil derer aus den Departements Seine und Seine et Oise, ausserdem aber auch eine unbeschränkte Zahl Pensionäre. Es ist mit noch 17 anderen in Frankreich eine Privatanstalt, welche auch die Dienste einer öffentlichen versieht; es ist unter diesen neben Leyme (Depart. Lot) das einzige, welches Privat-Besitzthum ist; Leyme gehört einer Actiengesellschaft; die 16 anderen gehören religiösen Genossenschaften, Schwestern oder Brüdern. Ausser diesen 18 Privat-Anstalten gibt es in Frankreich noch über 20 Maisons de Santé, die arme Kranke nicht aufnehmen; von ihnen liegen allein in Paris und Umgegend etwa ein Dutzend. Clermont ist das grösste Irren-Etablissement in Frankreich, mit einem Flächen-Inhalte von 505 Hectaren. Es umfasst das Central-Asyl in der Stadt (20 Hect.), die Colonie Fitz James, 1 Kilomet. von der Stadt entfernt, Landgut und Park, (240 Hect.) und das Landgut Villers in der Gemeinde Erquery (245 Hect.). Das Etablissement, das in seinen verschiedenen Abtheilungen und Adnexen nach Schätzung der General-Inspectoren höchstens 1370 Kr. aufnehmen kann, zählte 1875 1465 und ist demnach überfüllt. Seine sonstigen Verhältnisse sind bei uns in Deutschland bekannt. Es ist eins der ersten, welche die Landwirthschaft

in die Irren-Behandlung einführten, und in dieser Beziehung haben die Gebrüder *Labitte* sehr zur Verbesserung des Looses der Irren beigetragen.

Am Montag den 12. Aug. brachte der Morgens-Schnellzug die Congressmitglieder nach Rouen, der Stadt der schönen Kirchen, die am Nachmittag zum Theil besichtigt wurden. Das alte Irrenhaus St. Yon, 1825 eröffnet, auf höchstens 450 Kranke berechnet, ist jetzt umgeben von Fabriken, die ihm eine weitere Ausdehnung nicht gestatteten. Es nahm bis zum Jahre 1851 Irre beiderlei Geschlechts auf, nach der Eröffnung von Quatre-Mares nur noch Frauen. Aber eingeschlossen von der Stadt wurde es gleichwohl vollständig ungenügend, und schon in 1868 wurde ein Neubau beschlossen. Dieser erhebt sich jetzt unmittelbar neben Quatre Mares in der Gemeinde Sotteville, 5 Kilomet. von Rouen entfernt, fast fertig, in grandioser Gestalt und Ausdehnung, nach dem System der sog. detachirten Pavillons, die durch bedeckte Gallerien unter einander und mit den Administrationsgebäuden verbunden sind. Das neue St. Yon soll das schönste Asyl in Frankreich sein. Es ist auf 1000 Frauen berechnet, bei einem Terrain von 40 Hectaren, von denen fast 17 durch die Gebäude und deren Gärten und Höfe eingenommen werden. Der Kosten-Anschlag ist 5 Million. Fr. Die Anstaltskirche allein kostet 300,000 Fr. Méd. en chef ist der bekannte Dr. *Rousselin*, früher General-Inspector der französischen Irren-Anstalten. Mit grosser Freundlichkeit nahm er die grosse Zahl der Besucher auf, unter denen auch Mr. *Lepère* war, und leitete sie durch das grosse, eine kleine Stadt darstellende Asyl. Dr. *Rousselin* empfing uns auch in Quatre Mares, dessen Chefarzt, Dr. *Achille Foville*, um den Tod seines Vaters, des bekannten Irrenarztes, trauerte.

Quatre Mares, unmittelbar angrenzend an St. Yon, eröffnet 1851, ist die Schöpfung Dr. *Parchappe*'s. Es wurden dahin 1851 und 1855 alle männl. Irren aus dem alten St. Yon übergesiedelt. Nach und nach erweitert, kann die Anstalt jetzt 750 Kranke aufnehmen, sie zählte am 1. Jan. 1878 — 729. Ihr Terrain umfasst 64 Hectaren, von denen etwa 10 durch die Gebäude und deren Gärten und Höfe eingenommen sind. Die Gesammtkosten betragen 2,060,470 Fr. In dieser Summe sind nicht einbegriffen die Arbeiten, welche beim Anstaltsbau durch Kranke ausgeführt wurden; sie sollen einen bedeutenden Betrag repräsentiren. Quatre Mares gehört zu den besseren Anstalten Frankreichs; es wirkten daselbst nach *Parchappe Dumesnil*, jetzt einer der General-Inspectoren der französischen Irren-Anstalten, unter dessen Direction eines der bedeutendsten Pensionate, ganz in der Nähe der Anstalt, und zwei grosse Pavillons für arbeitsfähige Kranke gegründet wurden; sein Nachfolger ist *A. Foville*, der durch den Tod seines in Toulouse gestorbenen Vaters, des bekannten Irrenarztes, in Trauer versetzt, am Congresse nicht Theil nahm. Durch die unmittelbare Nähe des herrlichen neuen St. Yon wird Quatres Mares allerdings in den Schatten gestellt.

Der Ausflug nach Rouen, der uns überzeugte, wie viel ein reiches De-

partement für seine Irren thun kann, war der zweite und definitive Schluss des internationalen irrenärztlichen Congresses. Wir bedauern, dass nicht eine grössere Zahl ausländischer Collegen sich an demselben betheiligte. Wird ihnen auch der spätere ausführliche Congressbericht einigen Ersatz bieten, so ist doch darin nicht eingeschlossen die persönliche Erfahrung, dass wir in dem directen Verkehr mit unsern Nachbarn und aus der Besichtigung Ihrer Asyle noch Manches lernen können, was uns durch ihre grosse Freundlichkeit und Collegialität auf dem Congresse sehr erleichtert wurde. Der Zweck, den die Société méd. psycholog. sich gesetzt, und ihre Veranstaltungen und Bemühungen, diesen zu erreichen, waren einer zahlreicheren Betheiligung des Auslandes werth. Ein grosses Verdienst um den geordneten Verlauf der Congress-Verhandlungen und um die Erleichterung der Theilnahme an demselben erwarb sich der wohlbekannte General-Secretair der Société méd. psycholog. Herr Dr. *Mötet*, und gern schliesst Ref. sich den Dankesworten an, die *Hack Tuke* und andere Collegen an ihn gerichtet haben.

Erklärung der Abbildung für die Irrenanstalt de la Seine Inférieure.

1. Gärtner. 2. Hülfs-Portier. 3. Wartesaal. 4. Portier. 5. Oekonom. 6. Director. 7. Verwaltungsgebäude 8. Küche und Apotheke. 9. Gemeinsame Bäder. 10. Kapelle. 11. Pensionäre. 12. Küche und Bäder der Pension. 13. Hülfsarzt. 14. Beobachtungsstation. 15. Unruhige Kranke. Isolirabtheilung. 16. Unreinliche. 17. Epileptische. 18. Ruhige. 19. Sieche und paralytische. 20. Idioten. 21. Windmühle. 22. Gesellschaftssaal. 23. Saal für Gymnastik. 24. Leichenhaus. 25. Wirthschaftshof. 26. Schweineställe. 27. Waschhaus, Waschkammer, Wasserthurm. 28. Brauhaus. 29. Schlächterei. 30. Ateliers. 31. Kirchhof beider Asyle.

I. Asyl für Frauen. Neu St. Yon.
Commune de St. Etienne-du-Rouvray.

II. Asyl für Männer.
Quatres Mares.

aa. Grenze beider Communen.

Casuistik.

Mord. Zweifelhafter Geisteszustand (Imbecillität). Facultätsgutachten der med. Facultät in Graz.

1. **Species facti und Aktenergebniss.** Am 16. April 1878 trug der Bauer J. seinem 9jährigen Ziehsohn Heinrich auf, Heu vom Heuboden durch das Futterloch in die Tenne herabzuwerfen. Als J. nach etwa einer halben Stunde heimkam, fragte er seinen Sohn Georg und den 16j. Dienstbuben Valentin, die in der Nähe der Tenne mit Strohschneiden beschäftigt waren, wo der Heinrich sei. Diese sagten, sie wüssten es nicht. Beim nun folgenden Frühstück will J. an den Beiden nichts Auffälliges bemerkt haben, dagegen fand Zeugin B., Kuhdirne bei J.'s, den Georg auffallend bleich. Um 9 Uhr früh kam Georg zum Vater auf den Acker und theilte ihm mit, der Heinrich sei in die Tenne hinabgefallen und todt.

Diese Angabe bestätigte sich. Die Höhe des Futterlochs über dem Tennenboden betrug 2,6 M. Das Sectionsprotocoll berichtet von Blutüberfüllung des Gehirns und Rückenmarks, blutigen Ergüssen im Rückenmarkskanal und zwischen den Hirnhäuten und nimmt an, dass der Tod durch stumpfe Gewalt (Absturz auf den Tennenboden mit dem Kopf voran) an Gehirnlähmung erfolgt sei.

Am 22. April erstattete die Mutter des Verunglückten die Anzeige, ihr Sohn sei nicht verunglückt, sondern von Georg J. zuerst gewürgt und dann in die Tenne hinabgeworfen worden. Sie habe dies von der Schwester des Dienstbuben Valentin, der Augenzeuge gewesen sei, erfahren.

Am 24. übergiebt der Vater seinen des Mords geständigen Sohn dem Untersuchungsrichter mit dem Bemerken, schon am Tag des Begräbnisses habe er vom Dienstbuben Valentin erfahren, dass Georg diesem am 15. Abends gesagt habe, er werde morgen den Heinrich umbringen. Am 16. früh sei Valentin Augenzeuge gewesen, wie Georg den Heinrich gewürgt habe. Der sofort verhörte G. erscheint dem Untersuchungsrichter schwachsinnig und vermag nur in schwer verständlicher lallender Sprache Folgendes anzugeben: Ich war seit heurigem Jahr dem Heinrich feind, weil er mich immer geärgert und mir Geld und andere Sachen entwendet hat.

Am 10. April kam mir plötzlich der Gedanke ihn umzubringen. Am 15. sagte ich zu Valentin, der dem H. noch mehr feind war, „morgen werde ich den H. auf den Futterboden hinaufführen und dann umbringen". Der V. meinte „ja ja, hast schon recht". Schon seit März hatte ich den Gedanken, den H. einmal mit dem Hosenriemen zu erwürgen.

Am 16. früh $8^1/_2$ Uhr hiess ich den H. auf den Futterboden hinaufsteigen. Ich und V. kamen nach, dieser blieb auf der obersten Leitersprosse stehen und schaute zu. Ich warf dem H. den Hosenriemen um den Hals und zog fest zu. Der H. fiel um. Eine Zeit lang würgte ich ihn bis ich glaubte er sei hin. Der V. meinte „lass ihn liegen". Ich that dies. Wir gingen hinab, der V. auf's Feld, ich zum Vater. Als der fragte, wo der H. sei, sagte ich, „ich weiss nicht". Darauf ging ich wieder auf den Futterboden und sah dass der H. noch den Kopf bewegte. Da hab' ich ihn mit dem Riemen noch eine Weile gewürgt, ihn dann zum Futterloch gezogen und, den Kopf voraus, in die Tenne hinabgestürzt. Ich stieg dann hinab, und als ich sah, dass der H. sich noch immer rührte, habe ich ihm den Kopf 3 mal auf den Boden aufgeschlagen. Dann war der H. hin. Meinen Riemen löste ich dann vom Hals ab.

Der am 25. einvernommene Valentin will am 15., als G. ihm sein Vorhaben mittheilte, ihm gesagt haben, dass sei eine grosse Sünde. G. habe darauf Nichts erwiedert. Die Umstände des Mords schildert V. ganz wie G., mit dem Bemerken, G. habe zu ihm gesagt, „wenn du etwas gesehen hast, was ich gethan und einem Menschen etwas davon sagst, so erschlage ich dich". G. habe noch weiter erklärt, er habe den H. deshalb umgebracht, damit er die hl. Zeit der Ostern nicht erlebe.

Ueber das Vorleben und die Persönlichkeit des Georg enthalten die Akten Folgendes. Eine Grosstante desselben mütterlicherseits war blödsinnig, seine Schwester ist schwachsinnig. Er soll bis zu seinem 10. Jahre sich normal entwickelt haben und gesund gewesen sein. Von da an wurde er schwerhörig, fing an undeutlich zu sprechen und wurde schwach und blöd im Kopf. Er war sehr vergesslich, jedoch sparsam, verwendbar zur Arbeit. Er lachte oft still vor sich hin, schlief wohl auch bei der Mahlzeit ein. Besondere Bosheit und Rachsucht war nicht an ihm zu bemerken. Als er vor 2 Jahren vom Vater wegen Misshandlung eines Buben gezüchtigt wurde, widersetzte er sich und griff dem Vater nach dem Halse. Im Uebrigen finden die Zeugen den G. mit einer gewissen Schwäche im Kopf behaftet, halbdumm, einen sg. Zapfen wie seine Schwester, einen Menschen für sich selber, bei der Arbeit nicht extraübel, aber auch nicht besonders anstellig. Er redete und lachte oft mit sich, that auch sehr viel beten. Beim Gottesdienst benahm er sich anständig.

Einstimmig sind die Zeugen darüber, dass sowohl G. als V. dem H. feind waren und ihn oft misshandelten.

Die Gerichtsärzte geben am 25. Juni ihr Gutachten dahin ab, dass G. blödsinnig sei und sein Verbrechen in geistig vollkommen unfreiem Zustand

begangen habe. Am 1. Juli erklären sie, dass G. an mittlerem Grad des Blödsinns leide und ausser dem Gebrauch der Vernunft stehe.

Der Staatsanwalt findet, dass G. in seinem beschränkten Ideenkreise ganz entsprechende Antworten giebt, Gedrucktes ziemlich gut liest, bei längerem Verkehr in stets verständlicher und verständigerer Weise antwortete, leidlich zählt, Geldsorten kennt, sich an frühere Ereignisse erinnert, über die Wirthschaftsverhältnisse seiner Eltern und die Geistesfähigkeit seiner Schwester ganz zutreffende Antworten giebt.

Der Untersuchungsrichter findet Widersprüche und theilweise irrige Voraussetzungen in dem gerichtsärztlichen Gutachten und holt ein Facultätsgutachten über den Geisteszustand des Georg J. ein. Das Anerbieten, den Inquisiten zu persönlicher Exploration zu überstellen, wird dankend angenommen.

2. Status praesens. Georg J. erscheint in den Explorationen vom 24., 27., 30. Septb. als ein mittelgrosser, etwa 22jähriger Mensch von plumpem, schwerfälligem Gang. Die Haltung des Körpers ist eine vorgeneigte. Die Bewegungen verrathen eine auffällige Unbeholfenheit und Ungeschicklichkeit. Die Miene und ganze Haltung entsprechen der eines Blödsinnigen. Der Schädel ist insofern abnorm, als der Gesichtsschädel bedeutend in der Entwickelung hinter dem Hirnschädel zurücksteht. Dieser übertrifft den Umfang des Durchschnittsschädels (55 Cm.) um 2 Cm. Der Längsdurchmesser beträgt 19,5 Cm., indem das Hinterhauptsbein eine ungewöhnliche Vorbauchung zeigt. Die Entwickelung des Stirn- und Schädelbeins entspricht dem Durchschnittsmaass. Der linke schräge Schädeldurchmesser ist einen Cm. kürzer als der gleichnamige rechte. Die Ohren sind klein, das rechte um 3 Mm. kürzer als das linke, dieses nach oben sich zuspitzend. Die Hände sind auffallend kurz und klein, die Haut trocken, rauh, rissig, hypertrophisch, namentlich am Rücken und den Streckseiten der Unterextremitäten. Die Genitalien sind gut entwickelt. An Oberlippe und Kinn findet sich kaum eine Spur von Wollhaar, die Wangen sind vollkommen glatt. Die Schilddrüse etwas vergrössert. Die vegetativen Organe ohne Befund. Die Sprache ist schlecht articulirt, kaum verständlich, mit Nasengaumentimbre, aber auch die Auffassung ist eine sehr erschwerte, so dass nur bei den allerconcretesten Fragen und in concretester Form Verständniss erfolgt; da zu dem die Satzbildung eine durchaus auf kindlicher Stufe stehende, vorzugsweise in Particip und Infinitiv sich bewegende ist, wird der geistige Verkehr mit Georg J. ein sehr mühsamer.

Man erfährt von ihm, dass er gleich seiner Schwester mehrere Jahre in die Schule ging, aber wie diese nicht viel profitirte. Er vermag seinen Namen zu unterschreiben, bei Leseversuchen einige Buchstaben und Sylben zusammenzubringen, nicht aber Zahlen abzulesen. Addiren und Subtrahiren ist ihm nicht geläufig. Die gewöhnlichen Geldsorten kennt er nothdürftig, nicht aber Briefmarken und Stempel, auf denen ihm der Kopf eines Mannes übrigens auffällt.

Ein Buch bezeichnet er als solches, einen Wandkalender als „Papier“. Eine Uhr kennt er und liest die Stunde ab, vermag aber über Zeitrechnung, Eintheilung des Tages keinen Bescheid zu geben, wohl aber sagt er die Wochentage und Monate auf, wenn man ihm den Anfang vorsagt. Ostern feiert man für die Auferstehung; was dies bedeutet weiss er nicht, ebenso wenig was Weihnachten ist. An Pfingsten feiert man den hl. Geist. Er findet, dass dieser ihm noch keinen Verstand gebracht habe. Er sei ein Tschepperl wie seine Schwester Kuna. Von einem Kaiser, einer rechtlichen Ordnung, einem Vaterland hat er keine Idee, wie überhaupt ihm die übersinnliche Welt der Begriffe zu fehlen scheint.

Auch seine ethische Sphäre erscheint höchst unvollkommen. Es giebt einen Gott im Himmel, einen Teufel in der Hölle, der ist grob. Die Menschen kommen in den Himmel, wenn sie beten. Er hofft durch fleissiges Beten auch in den Himmel zu kommen. In die Hölle kommt man wegen der Sünden. Was dies ist, weiss er nicht, auch die 10 Gebote sind ihm unbekannte Dinge. Wenn man stirbt, so ist man todt und wird eingegraben. Er hat auch den H. eingraben helfen (grinst gemüthlich bei dieser Bemerkung). Gott hat einen Sohn gehabt. Auf vieles Fragen kommt er auf dessen Namen. Warum und wie er gestorben, ist ihm unerfindlich. Das Vaterunser plappert G. mechanisch und nicht fehlerlos herunter, wenn man ihm den Anfang dieses Gebets vorsagt.

Er weiss, dass er nun im Gerichtshaus, weil er dem Buben den Hals „abgewürgt“ hat. Der Andere sei aber mehr dem Buben feind gewesen und der Vater habe ihn auch nicht mögen. Er weiss die Thatsachen des Mords und der Verhaftung zu combiniren, sie stehen für ihn in causalem Zusammenhang, aber auf ein ethisch-rechtliches Bewusstsein seiner grauenvollen That wird vergebens inquirirt. Er sieht jetzt ein, dass das nicht recht war, denn er ist dafür eingesperrt worden. Seine Zukunft macht ihm keine Sorge, sein einziger Kummer ist, dass er im Gerichtshaus keine Jause bekommt. Wie ein kleines Kind, das den kategorischen Imperativ in flagranti an sich erfahren hat, verspricht er so was nimmer zu thun. Als man ihm Angst macht, er werde jetzt am Ende auch abgewürgt, bittet er mit kindisch weinerlicher Geberde, man möge ihn bald „aussi“ lassen. Wenn man ihm über seine That Vorwürfe macht, so meint er, die Anderen, namentlich der Valentin seien noch mehr „harb“ auf den H. gewesen, als er, der Vater habe ihn auch nicht gemocht, der Kleine habe ihm die Nudeln weggefressen und anderen Schabernack angethan, nicht gefolgt, bei der Arbeit ihn gestört. Er sei ein armer Bub gewesen und nun im Himmel, wo er selbst auch noch hinzukommen hoffe wenn er fleissig bete. Er habe auch noch geholfen ihn auf den Friedhof bringen und eingraben. Das entscheidende Argument aber, das schon G. den Mitgefangenen mitgetheilt hat und das er, nachdem sein Vertrauen seitens der Referenten der Facultät gewonnen ist, mit der unbefangensten Miene und naiver Dummheit in stereotyper Weise vorbringt, ist die Mittheilung, dass der Valentin ihn zum

Mord des Heinrich direct aufgefordert hat. Er habe keine Schuld daran, er sei nicht so gescheidt dazu. Der Andere habe gesagt, er solle den H. nur abwürgen, es sei keine Sünde, die Andern thäten ja auch Leute abwürgen, habe der V. gemeint. Es sei dem H. dann leichter, weil er doch ein armer Bub sei. V. habe ihm wiederholt, mindestens 3 mal, angesagt, er solle den H. mit einem Riemen, Strick oder Tuche abwürgen, ihn auch aufmerksam gemacht, dass man den H. durch das Futterloch in die Tenne hinabstürzen könne. An diese Rathschläge des V. habe er sich dann bei der Ausführung der That erinnert. Selber wäre es ihm nie so eingefallen. Er hätte den H. nicht umgebracht, wenn es der V. nicht „geschafft" hätte. V. habe ihm gedroht, wenn er den H. nicht umbringe, werde er ihn (Georg) selbst erschlagen. Der V. sei viel mehr dem H. feind gewesen als er. Er selbst habe den H. wohl auch nicht gerne gehabt, da dieser ihm Schuhfetzen vertragen, Sachen versteckt, Kampeln weggenommen und mit dem Wetzstein das Strohmesser stumpf gemacht habe, aber der H. habe ihm auch die Hosen geflickt und da habe er den Schabernack sich von ihm gefallen lassen.

Der V. habe ihm arg zugesetzt, er müsse den H. umbringen und als er keine Lust hatte, am Tag vor dem Mord den Krampen genommen und gedroht, er werde ihn damit erschlagen.

Noch am Morgen der That habe der V. ihm keine Ruhe gelassen, er solle endlich den H. abwürgen und ihm genau angesagt, wie er Alles auszuführen habe. Als er noch unentschlossen auf den Heuboden zum H. gekommen sei, habe dieser einen Krampen nach ihm geworfen. Dies habe ihn verdrossen und da habe er ihn bald darauf abgewürgt.

Der V. habe bei dem Mord zugeschaut. Als die Sache geschehen, habe der V. gemeint, dem H. wäre jetzt leichter. Der V. habe ihm dann verboten von der Sache etwas zu sagen. Als er den H. todt daliegen sah, habe er sich geschreckt und gefürchtet, der H. könne noch einmal aufstehen und ihn dann selbst anpacken. Es sei ihm bei diesem Gedanken um und umgegangen und im Leib kalt geworden. Der H. sei ganz blau an Hals und Kopf gewesen.

Der intelligente Mithäftling G.'s berichtet, dass G. wenig schlafe, viel vor sich „hinsimulire", vor sich hin spreche und lache, sich wie ein kleines Kind verspiele. Er kratze viel seine Haut, die räudig sei, helfe etwas bei Cartonagearbeit, sei aber kaum brauchbar, schrecklich unbeholfen, wie wenn er gefroren wäre. Sein Verbrechen erzählte er mit der grössten Unbefangenheit und völliger Unkenntniss der ethischen rechtlichen Bedeutung seiner That, die er nur begangen habe, weil der V. ihn dazu genöthigt habe.

3. Gutachten. Die in den Akten niedergelegten anamnestischen Daten ergeben, dass Georg J. im 10. Lebensjahr gleichzeitig mit dem Eintritt eines Gehörleidens einen Rückgang seiner angeblich bis dahin normalen geistigen Entwickelung erfuhr, der ihm bei der Umgebung die Bezeichnung eines Halbdummen, eines sg. „Zapfen" eintrug. Die Gehörstörung

des G. hinderte nicht in dem Maasse den geistigen Verkehr, dass auf Rechnung derselben der geistige Rückgang gesetzt werden könnte. Es handelt sich offenbar um eine Entwickelungshemmung gewisser Theile des Gehirns, wie sie bei veranlagten Individuen nicht selten eintritt. Diese Störung der Entwickelung findet auch körperlich ihren Ausdruck in dem abnormen Schädel, der Verkümmerung der Hände und Ohren, der räudigen Haut, wie sie auch bei Cretinen vorkommt, endlich in dem völligen Mangel an Barthaaren bei dem geschlechtlich sonst entwickelten, schon 22 Jahre alten Menschen.

Der ganze äussere Habitus des J., sein plumper, schwerfälliger Gang, die Unbeholfenheit der Bewegungen, die vorgeneigte Körperhaltung entsprechen dem classischen Bild des geistig Tiefstehenden. Psychisch erscheint J. in den verschiedenen Explorationsterminen als dieselbe geistig defecte Persönlichkeit. Eine Simulation ist bei dem empirisch wahren Bild der Störung und der hochgradigen Imbecillität unmöglich.

Die Sprache ist lallend, der Satzbau kindlich, das Verständniss für gestellte Fragen ein sehr geringes. Man kann die Frage kaum sinnlich und concret genug stellen um Verständniss zu erzielen.

Der geistige Inhalt ist ein sehr dürftiger, selbst wenn es hier und da gelingt, denselben in Fluss zu bringen. Begriffe fehlen gänzlich. J. kann nothdürftig lesen, d. h. Silben zu Worten zusammenlesen, aber es fehlt ihm das Verständniss für den Sinn des Gelesenen. Seine Rechenkunst beschränkt sich auf die nicht fehlerlose Addition einfacher Zahlen. Der Begriff der Zeit und der Zahl ist ihm höchst unklar, wohl aber vermag er mechanisch aus seinem Gedächtniss Wochentage und Monate bei einiger Nachhülfe der Reihe nach aufzusagen. Politische rechtliche Begriffe fehlen ihm gänzlich, seine ethische Sphäre ist ganz verkümmert, sein religiöser Standpunkt der eines etwa 5jährigen Kindes. Ein Bewusstsein der Strafbarkeit seiner That ist nicht zu ermitteln, geschweige das ihrer ethischen Bedeutung. Erst aus ihren unangenehmen Folgen erkennt er, dass er gefehlt, aber sie erscheint ihm in seinem fehlenden ethischen und verkümmerten intellectuellen Bewusstsein einfach als ein dummer Streich.

Georg J. ist ein geistig in der Entwickelung zurückgebliebener Mensch, blödsinnig im Sinne des Gesetzbuchs, unfähig die ethisch rechtliche Bedeutung seiner Handlungen zu erkennen und ihre Folgen vorauszusehen.

Dass J. zu mechanischer Geistesthätigkeit, Erinnerung, Mittheilung erlebter Thatsachen, Ablesen von Worten, Besorgung aufgetragener Hausarbeit fähig ist, kann nicht als Gegenbeweis seines defecten geistigen Mechanismus geltend gemacht werden.

2. In grellem Contrast mit seiner Imbecillität steht die Raffinirtheit der That, zu der bei der Passivität des J. zudem ein genügendes Motiv fehlt. Geistig so defecte Menschen gelangen zum Mord kaum je anders als unter dem Einfluss eines mächtigen Affects. Sie handeln dann unmittelbar und mit brutaler Rücksichtslosigkeit. Der Widerspruch löst

sich, wenn wir die von J. in der unbefangensten Weise und in 3 Explorationen stereotyp gemachten Angaben über Anlass und Umstände der Mordthat als wahrheitsgemässe anerkennen. J. erscheint dann nur als ein Werkzeug in der Hand eines Vollsinnigen, der der intellectuelle Urheber des Mordes war.

Die Lösung des Räthsels ist die criminal-psychologisch entsprechende.

Auch die Erklärung, wie der letzte Impuls zur That eintrat, erscheint nicht schwer.

J. empfand offenbar nur Animosität gegen den ermordeten Knaben, weil er ihm Nudeln wegass und ihm Schabernack zufügte. Dafür erwies dieser sich ihm durch zeitweises Hosenflicken wieder nützlich. Nie hätten jene Motive bei dem torpiden, jedenfalls nicht rachsüchtigen Wesen des J. genügt, um ihn zur Verübung einer so monströsen That zu treiben.

Aufstachelung und Plangebung von Seiten eines Dritten wirkten vorbereitend, aber sie genügen noch nicht um den indolenten J. zum Mörder zu machen. Er lässt sich Zeit dazu, „werde ihn schon einmal gelegentlich abwürgen".

Da wirft der muthwillige Heinrich den Krampen nach ihm und diese Beleidigung genügt, um den imbecillen J. in die nöthige Affectwärme zur Ausführung der That zu bringen.

Es besteht noch ein Widerspruch zwischen den Aussagen des J. im Verhör vor dem Untersuchungsrichter und denen in den Explorationsterminen. Er löst sich unter der Annahme, dass J. zur Zeit jenes Verhörs noch unter dem moralischen Einfluss und der Inspiration jenes Vollsinnigen stand, der ihn verführte, ferner dass jene Aussagen nicht verboten, sondern in der Interpretation und Stylisirung des inquirirenden Richters in den Akten niedergelegt sind.

3. Die gefertigte Facultät hält es schliesslich für Pflicht darauf hinzuweisen, dass J. bei seinem defecten und einer Erziehung unzugänglichen geistigen Mechanismus unter analogen Verhältnissen geradeso handeln würde, wie er gehandelt hat, somit als gemeingefährlich bezeichnet werden muss, solange er nicht unter der fortwährenden Aufsicht moralischer und vollsinniger Personen stehen wird.

Dr. v. *Krafft-Ebing*.

Literatur.

Archiv ital. 1878. Heft 1—6.

Nach dem beklagenswerthen Heimgange des geistvollen Begründers der Rivista freniatrica, Prof. *Livi*, erscheint das Archiv mit seinem XV. Jahrgange, in verjüngter, auch äusserlich veränderter Gestalt durch den Hinzutritt der jüngern Kräfte der Rivista. Als Mitarbeiter werden auf dem Titelblatte neben den bewährten Redacteuren *Andr. Verga* und *Biffi*, die Professoren *L'Armani*, *Camillo Golgi*, *Ugo Palmerini*, *Aug. Tamburini*, die Herren *Clodom. Bonfigli*, *Pedr. Grilli*, *Anton. Michetti*, *Enr. Morselli*, *Gasp. Virgilio* genannt und die Spalten des Blattes sind vorzugsweise gefüllt von den auf dem vorjährigen Congress der italienischen „Freniater" zu Aversa gehaltenen Vorträgen. Original-Beiträge sind in

Doppelheft 1 u. 2: 1. Erpetismo e pazzia, von *Michetti*.

2. Sugl' ammissione degli alienati e li Asili di osservazione, von *Giliforti*.
3. Rivista delle principale malatie accidentali osservate negli alienati, von *Tassi*.
4. Di due tumore endotelioidei della Dura-madre, von *Monti*.

Heft 3: 5. Sulla necessità dell' alimentazione forzata negli alienati sitofobi, von *C. Bonfigli*.

6. Sulle funzioni del cervelletto, von *F. Lussana*.
7. Rapporti della sordità con l'alienazione mentale, von *Grassi*.

Heft 4: 8. Studio d. malatie intercorrenti febrili mediche nei pazzi, von *G. Batt. Verga*.

9. Dell' influenza del vajuolo sulla pazzia, von *Seppilli* und *Maragliano*.
10. Intorno alla fisiologia del cervelletto, von *Stefani*.

Heft 5: 11. Intorno alle virtù terapeutiche del Monobromuro di camfora, von *Funajoli*.

12. Del estratto aquoso di segala cornuta nella cura d. malat. ment., von *Toselli*.

Heft 6: 13. Lo studio delle psicopatie — la teoria dei centri motori psicomotori, von *Silvio Venturi*.

Besprochen werden ferner folgende Brochüren oder Journalartikel italienischer Autoren:

14. *Marcacci*, Alterasione del gran simpatico in un caso di Eczema difuso, pag. 102.
15. *Sirletti*, Prof., Amaurosi da malatia dentale, p. 103.
16. *Riva*, La temperatura negli alienati, p. 104.
17. *Venturi*, Cura delle frenosi intermittenti, ibid.
18. *Tafani*, Nuovo metodo per colorire i preparati microscopici, p. 107.
19. *Tartuferi*, Sull' anatomia dell' eminenze bigemini anteriori dell' uomo e degli altri mammiferi, p. 107 seqq.
20. *Raggi*, Tre casi di clitrofobia, p. 110.
21. *Verga*, Prime linee di una statistica delle frenopatie in Italia, p. 116.
22. *Tamburini*, Del metodo clinico in Psichiatria p. 119.
23. *Seppilli*, Gli studi recenti sulla paralisi progressiva, p. 171—209.
24. *Tebaldi*, Prelezione alla nuova scuola per gl'infermieri, p. 217.
25. *Funajoli*, Una visita ai Manicom della Svizzera e della Francia, p. 286.
26. *Giacomini*, Guida allo studio delle circonvolusioni cerebrali dell' uomo, p. 298.
27. *Moleschott*, L'iodoformio, p. 407.
28. *Foa*, Rara deformità del midollo spinale, p. 408.
29. *Margagliano*, Le localizzasioni motrici etc., p. 509.
30. *Luciani* e *Tamburini*, Sui centri psico-motori corticali, p. 515.
31. *Mencucci*, Il suicidio nella Marca d'Ancona, p. 519.

1. *Michetti*, über Herpetismus und Irrsinn, geht von dem *Fevre*'schen Ausspruch aus, dass die Haut der Irren immer etwas Abnormes zeige und die Färbung fast die Krankheitsform kennzeichne. Wenn *Hebra* zugestehe, dass die Psychopathieen Anlass zu Hautkrankheiten geben, so könne man hinzufügen, dass diese ebenso häufig Geistesstörung hervorbringen. *M.* unternimmt eine Erklärung des Zusammenhanges, die von der Ansicht ausgeht, Herpetismus beruhe auf fehlerhafter Säftemischung (crotopatia chemico-organica), welche die Ernährungsstörung des Gehirns hervorbringe. 7 Beispiele dienen ihm als Belege zur Begründung seiner „Frenosis herpetica".

2. Behufs Beruhigung des misstrauischen Publicums über ungerechtfertigte Aufnahmen in Irrenanstalten, zugleich aber behufs Beschleunigung in dringenden Fällen schlägt *G.* Untersuchungsstationen in eigens dazu errichteten, von gewöhnlichen Wohnhäusern in Nichts sich unterscheidenden Gebäuden vor. Die Einrichtung von St. Anne in Paris verwirft Vf.

3. Macht darauf aufmerksam, dass, wie bekannt die accidentellen Krankheiten bei Irren nicht nur nicht fehlen, sondern häufig in bedeutenderem Grade als bei geistesgesunden Individuen auftreten, während sie sich durch Erschwerung der Diagnose und der Behandlung auszeichnen. Die „Uebersicht der accidentellen Krankheiten" ist rein sachlich gehalten und hat *T.* neben seinen eigenen Beobachtungen zahlreiche Schriften

aus der französischen, englischen und deutschen Literatur benutzt, die er am Schlusse der Arbeit gewissenhaft aufführt. — Unter den „Krankheiten des Nervensystems“ spielt die Hirn-Hyperämie die Hauptrolle, insbesondere bei Aufregungszuständen und im Gefolge prolongirter Manie, ferner bei Epilepsie, namentlich der Männer (*Thore*, *Brierre*), wie auch bei Paralysis progressiva der Männer die Hirn-Congestionen häufiger sind. Unter 168 Irren führt *Aubanel* in Marseille 68 mit Hirn-Congestion, darunter 44 mit Dement. paral. an, unter 43 Epileptischen 30 Männer und 13 Frauen. — Hirnerweichung bei fast allen Dementen und Paralys. progressiva. Plötzliche Todesfälle ohne vorhergegangene Verschlimmerung des Zustandes bei oder ohne Lähmung der Extremitäten (Beispiele von *Dagonet*, *Tassi*, *Thore*, *Fabre*). Hirn-Hämorrhagie ist nicht häufig. *Thore* hat keinen Fall gesehen, *Aubanel* bei 300 Autopsieen nur 1 innerhalb der Hirnsubstanz, *Parchappe* 4 bei 315. Häufiger sind die Meningeal-Hämorrhagien, *Bayle* zählt 13 auf 100. — Hirntumoren kommen bekanntlich in I. A. nicht sehr häufig vor. *Howden* hat unter 235 Sectionen in Montrose 2 bei Frauen und zwar 1 in der Pia, 1 im Corp. striat., *Clouston* unter 214 Sectionen 6, von denen 4 carcinomatöser Natur.

Krankheiten des Circulationsapparates. Unter den Ursachen der Pneumonie wird Decubitus angeführt. Am häufigsten erschien sie in in der I. A. zu Siena während der Monate März, September und October und zwar in der adynamisch-catarrh. Form mit raschem Verlauf, immer auf der linken Seite (cf. *Thore* und *Calmeil*).

Ueber Phthisis sagt Vf. nichts Besonderes, von Gangrän theilt er einen eigenen Fall mit, wo der ganze mittlere und untere Lappen der rechten Lunge afficirt und gleichzeitig Atherom der Aorta bei einer 50j. melancholischen Frau vorhanden war.

Herzfehler scheinen dagegen in Siena nicht zu den Seltenheiten zu gehören, da 19 Necroscopieen seit 1876 Folgendes ergeben. Bei 11 Männern 2 mal allgemeine Hypertrophie besonders der linken Hälfte in Paralys. progress. und Dementia senilis; 2 mal Hypertrophie des linken Ventrikels in Paralys. progress.; 6 mal desgleichen mit Atherom der Aorta und ihrer Klappen vergesellschaftet in 3 Fällen von Paralys. progress., 2 von Dementia und 1 von epileptischem Irrsein; 1 mal unvollständige Verwachsung mit dem Pericardium bei Demens. — Bei 8 Frauen: 1 mal excentrische Hypertrophie des rechten Ventrikels mit Aorten- und Klappen-Atherom, dazu Erweiterung des rechten Herzohres und des Orific. ventric. in Demens; 1 mal allgemeine Hypertrophie, insbesondere linkerseits in Demens; 4 mal Hypertrophie des linken Ventrikels bei hysterischem, choreischem, melancholischem Zustande und secundärer Störung; 1 mal Hypertrophie des linken Ventrikels mit Atherom der Aorta in Manie; 1 mal vollständige Verwachsung des Herzbeutels, allgemeine und excentrische Hypertrophie, Atherom der Aorta und ihrer Klappen — in Demens.

Unter den Krankheiten der Digestionsorgane wird bemerkt, dass

Kal. chloric. gegen die Diarrhöen der Paralytiker sich wirksam erwiesen haben. In einem Falle von Stomatitis mit Erweichung des Unterkiefers bei einem 29jähr. Maniacus zeigten sich nach dem Tode unvermutheter Weise nicht nur Fractur mehrerer Rippen, sondern auch Anschwellung und Erweichung mehrerer anderer Rippen, sowie auch beider Oberarme und Schenkel.

Chirurgische Krankheiten. Wunden heilen leicht bei Epileptischen; Fracturen meist unvollständig und langsam bei Paralytikern. Dass bei letzteren auch Decubituswunden leicht vernarben, ist nicht allgemein bekannt. Kritischen Einfluss hat Vf. 1 mal bei Mania acuta durch Erysipelas, ein anderes Mal bei Stupor durch Ptyalismus gesehen.

8. Schliessen wir hier sofort *G. B. Verga*'s Mittheilungen über intercurrente febrile Krankheiten aus dem 4. Hefte an. *Raggi* in Bologna hatte behauptet, dass Fieberzustände bei Geisteskranken selten vorkommen, Entzündungen und andere acute Krankheiten bei ihnen nicht von Fieber begleitet seien, dass aber, wenn letzteres doch geschehe, der Einfluss auf die Psychose vorübergehend oder dauernd ein günstiger sei. *V.* schliesst aus seinen Beobachtungen an 32 Geisteskranken alten Datums in Mombello, von denen 19 mit dem Thermometer untersucht wurden, dass das Fieber in acuten Organ- und Infections-Erkrankungen Geisteskranker kein so seltenes Phänomen sei. (Mombello fasst bekanntlich je 200 chronische Kranke beider Geschlechter; die Untersuchungen fanden statt vom 1. Novbr. 1875 bis März 1878.) Die Krankheitsfälle betrafen 18 mal Pneumonie und Pleuritis, 2 mal Lungentuberculose, 2 mal Enteritis, 1 mal acuten Gelenkrheumatismus und 9 mal Erysipelas; das Quecksilber erhob sich in den meisten Fällen bis zu 40, in mehreren bis und über 41° C. — Günstige Veränderungen des Geisteszustandes, wie die Literatur deren nachweist, insbesondere nach Erysipelas, Abscessen, Gangrän und chirurgischen Operationen, hat *V.* nicht beobachtet, nicht einmal vorübergehende Besserungen und meint, dass wo sie — in frischen Fällen — vorkommen, weniger das Fieber, als die durch den Krankheitsprocess erhöhte allgemeine Sensibilität die Ursache davon sei. Bei seinen Kranken traten maniakalische Aufregung, Hallucinationen und Delirien nicht nur nicht zurück, sondern verstärkten sich.

9. Enthält 4 gut beobachtete Fälle als Belege für den Einfluss der Variola auf Entstehung und Heilung von Psychosen. Schon *Chiarugi* hatte beides beobachtet. Andere, unter ihnen *Verga* und *Sponholz*, leugnen den günstigen Einfluss, auch *Berti* fand unter 50 von ihm gesammelten Fällen nur in 9 Heilung ohne Recidiv in Folge des Exanthems. Die Vfss. haben 3 glücklich verlaufende Fälle von ihren 4 aufzuweisen; bei 2 derselben beruhete die geistige Störung auf Anämie, bei 1 auf Hyperämie des Gehirns, wie aus der Untersuchung mit dem Augenspiegel erkannt wurde. Besonderes Gewicht glauben sie auch auf die Ergebnisse der Harnanalyse legen zu müssen.

4. Die 2 Tumoren, über welche *Monti* berichtet, sind als früher sogenannte Fungi durae matris nichts Seltenes, interessant ist nur, dass sie sich während des Lebens fast gar nicht zu erkennen geben. Der eine sass bei einer 65jährigen pellagrösen, oder besser an Dementia senilis leidenden Kranken in einer Höhle an der Basis der Stirnlappen auf der Dura fest auf, hatte 20 Ctm. Horizontal-, 17 Ctm. Vertikal-Umfang und wog 95 Grm., war pappig anzufühlen, von weissröthlicher, glänzender Speckfarbe und aussen von einer dünnen, gefässreichen Membran bekleidet. *Bizzozero* und *Bozzolo*, welche 27 derartige Neugebilde untersucht haben, bezeichneten sie zuerst als Endothelioid-Tumoren, bestehend aus Bindegewebsbündeln und Zellen gleich denen des Endotheliums, die in concentrischen Lagen zusammengeschichtet Kugelformen, niemals aber secundäre Geschwülste bilden. Die Einbettung des Tumors hatte, besonders am ganzen linken Stirnlappen bis zur *Rolando*'schen Spalte die Windungen verdünnt, abgeplattet und blutleer gemacht, die weisse Substanz aber auf 1 Ctm. Dicke erweicht; die Nn. olfactorii waren verschwunden, die Optici und die übrigen Hirntheile hingegen unversehrt. Daraus erklärt es sich, dass die Pat., welche nach einem 2jährigen Aufenthalt in der I. A., in Zeiträumen von 3 und 6 Monaten 3 mal apoplektische, rasch vorübergehende Anfälle gehabt und 4 Monate darauf nach einem 4. Anfalle starb, — keinerlei Sehstörungen, welche nach *Hasse* charakteristisch für Basal-Tumoren der vorderen Schädelgruben sind, unterworfen gewesen ist. Die paralytischen Symptome hatten in „Deviation des Mundes und Paresis der oberen Extremität rechterseits", Vorstrecken der Zunge über die Lippen (Glossoplegia), Aphasie und unvollständigem Bewusstseinsverlust bestanden. [Auffälligerweise führt *M.* im Sectionsbericht Verdünnung und Durchsichtigkeit der Tubera frontal. an, erwähnt aber nichts von der bei intercraniellen Tumoren so häufigen Verdünnung, und Atrophie der Schädelbasis. *Fr.*]

In dem zweiten Falle bei einer an Dement. senilis leidenden 75jährigen Frau fand sich kein Symptom von Paralyse und Sprachstörung, wohl aber ausgeprägte Schwerhörigkeit und gänzlicher Verlust des Geruchsvermögens. Der Tumor, 13 Ctm. im Umfang, und 25 Grm. schwer sass zu beiden Seiten der Crista galli auf dem Siebbein fest an der Innenseite der Dura in einer Höhlung der Frontallappen. Diese waren an der Basis etwas erweicht, die Geruchsnerven verschwunden; sonst nichts Besonderes zu finden.

7. Ueber die Beziehungen der Taubheit zur Geisteskrankheit hat Vf. eigene Beobachtungen nicht angestellt, sondern referirt nur über eine Arbeit *Luys*'s, welcher in der Salpêtriere unter 531 Kranken 20 fand, deren Geistesstörung auf (erworbene?) Taubheit zurückzuführen war ohne vorhergegangene Ohrerkrankung. Gehörstäuschungen leiteten gewöhnlich die Psychose ein. *Dumont* (Monit. d. hopit. 1857) fand unter 120 Blinden 27 Geistesgestörte.

Prof. *Lussana* und Prof. *Stefani* geben (in No. 6 u. 10) ihre sich wider-

sprechenden Ansichten von den Functionen des Kleinhirnes. Der Controverse liegt die Schrift *Stefani's* „Beitrag zur Physiologie des Kleinhirns" Ferrara 1877, zu Grunde. Auf seine Versuche an Tauben gestützt, widerspricht *St.* sowohl der Annahme *Lussana's*, dass das Kleinhirn der Sitz des Muskelsinnes sei, als auch *Wundt's*, dass es zur Regulirung der willkürlichen Bewegungen vermittelst der Sinneseindrücke diene. *Schiff* leitet die Bewegungsstörungen nach Entfernung des Kleinhirns von Paralyse der Rotatoren und Strecker der Wirbelsäule ab. Auch dem widerspricht *St.* mit der Behauptung, dass überhaupt nicht die Sphäre der Motilität, sondern vielmehr die der Sensibilität hierbei maassgebend sei.

Den Beweis dafür sucht *St.* in der Identität der Erscheinungen nach Zerstörung der Canales semiculares. — Uebrigens sind die Untersuchungen über diesen Gegenstand noch nicht geschlossen.

5. Nach *Bonfigli* herrscht über die Nothwendigkeit der Zwangsfütterung bei Nahrungsverweigerung in Italien keine Frage, wohl aber in England, weniger in Deutschland, unter den Anhängern des No-restraint. Die Gründe, die man gegen die Zwangsfütterung anführt, der Kampf mit den Wärtern, die Gefahr der Verletzung des Pharynx und Oesophagus, des Eindringens der Sonde in die Luftröhre, die Nutzlosigkeit des Verfahrens, indem die meisten Kranken dabei verhungern und endlich der von *Kornfeld* (cf. Zschr. f. Psych. XXXIV. 5) hervorgehobene Umstand, dass die nahrungsverweigernden Kranken, wenn man dieselben gehen lässt, am Ende von selbst essen, — sind nach *B.*, nicht stichhaltig. Die Fälle, in welchen die Vertrauensseligkeit getäuscht wird, sind nicht selten. Ein solcher war es, wo *B.* genöthigt war, die Sondenfütterung 6 Monate hindurch fortzuführen, da die hysterische Kranke von religiös-ascetischem Wahne besessen war, welchen sie nach dieser Procedur ablegte und genas. Unglücksfälle kommen allerdings auch bei vorsichtiger Handhabung der Sonde vor und vielleicht öfter als man erfährt. So erzählt Vf., von *Biffi* gehört zu haben, er sei Augenzeuge gewesen, wie in einem der berühmtesten Irrenhäuser Deutschlands die Sonde in die Luftwege gedrungen und den Tod der Pat. zur Folge gehabt habe. *B.* sieht den Weg durch die Nase vor und setzt unter den übrigen Cautelen, die er der Reihe nach bespricht, das meiste Vertrauen darauf, dass er zuerst einige Tropfen Wasser eingiesst und auf alle Weise den Kranken zum Sprechen reizt. Das Instrument, welches er gebraucht, ist dem weichen *Nélaton'*schen Katheter ähnlich. Aus den Anmerkungen sei noch hervorgehoben, dass *B.* der *Richardz-Oebecke'*schen Ernährung mittelst Pepsin-Clystieren wenig zutraut, vermuthlich ohne das Verfahren angewendet zu haben; ferner dass *Motet* einen Kranken 32 Monate lang mittelst der Sonde gefüttert, desgleichen *Zelaschi* in Turin einen andern 2 Jahre und 50 Tage; in dem erstern Falle sei die Sitophobie der Anwendung des faradayischen Stromes im Gesicht gewichen.

11. Durch *Böttcher's* ermuthigende Mittheilungen über die Wirkungen des Monobrom-Campher (s. Zschr. f. Psych. Bd. 34, S. 623) veranlasst, theilt

Fusajoli seine an 21 Kranken des Monicomio zu Siena angestellten Beobachtungen mit, welche, um es sogleich zu sagen, weniger ermuthigend wirken.

12 Fälle (6 M. 6 Fr.) entfielen auf S. St. mit Epilepsie, 2 darunter mit Hysterie verbunden; 3 auf intermittirende Manie, 3 auf Lipemanie (2 M. 1 Fr.); endlich 3 auf hysterisches Irrsein. — Während *Pathault* und *Bourneville* wesentliche Besserung bei Epilepsie beobachtet hatten, vermehrte das Mittel in den meisten Fällen die Zahl der Anfälle und zwar um so mehr, je höher die Dosis war. In andern blieben Zahl und Intensität sich gleich. Nützlich erwies es sich nur in 2 Fällen von Hysterie mit maniakalischen Erscheinungen, Gehörs- und Geschmackstäuschungen etc., ferner in 2 Fällen von intermittirender Manie und Lipemanie bei einem Potator, so dass also 4 von 21 Fällen zur Heilung gelangten. Der MBC. wurde fast immer in Gummischleim mit Zucker, in steigenden Dosen von täglich 0,20 (auf 2—3 mal) gereicht, alle 2 Tage um 0,10 gestiegen. Das durchnittliche tägliche Maxim. betrug 2,0. In wenigen Fällen wurde mit 0,50 oder 1,0 begonnen und mit 2,50 bis 3,40 Grm. geendet. Die Dauer der Cur betrug 6—12 Wochen. Die physiologische Wirkung des Mittels besteht in Verminderung der Zahl der Pulsschläge, desgleichen der Respiration und Herabsetzung der Temperatur.

12. *Toselli* zieht aus 30 von ihm beobachteten Krankheitsfällen, in denen er das Extr. aquos. Secal. corn. angewendet hat, folgende Schlüsse:

Bei Hirn-Hyperämie übt es nicht nur eine beruhigende, hypnotische Wirkung, sondern führt auch bisweilen Genesung von Geistesstörung herbei; bei Hirn-Anämie ist es nicht zu gebrauchen. Auch in Depressionszuständen, Melancholie, Hypochondrie, mit Schlaflosigkeit, Hallucinationen, Cephalalgie und Hyperästhesie führt es Besserung herbei (4 Fälle), befördert die Menstruation unter Beseitigung der Cerebro-Spinal-Hyperämie (4 F.).

Die physiologische Wirkung ist nicht nur nach Art der Individuen, sondern auch bei ein und demselben Individuum verschieden. Während in dem einen Falle auf 1 Grm. nach 10 Stunden noch verminderte Pulsfrequenz und niedrige Temperatur vorhanden war, stellten sich in dem andern Falle die entgegengesetzten Erscheinungen, die Secundärwirkung des Mittels, d. i. Dilatation der Gefässe ein.

Die Dosis schwankt zwischen 50 Centigrm. und 4 Grm.

13. Die sehr weitläufige, citatenreiche Abhandlung über die Frage, ob das Studium der Psychosen die Theorie von den motorischen und psychomotorischen Centren unterstützen könne, ist keines Auszuges fähig, schliesst aber mit dem charakteristischen Ausspruche *Schiff*'s: „Die allgemeine Physiologie der Reflexwirkung kann als die Basis der psychologischen Physiologie und die Pathologie der Reflexwirkung muss als die wissenschaftliche Basis der Geisteskrankheiten angesehen werden. Und wenn die pathologische Anatomie dahin gekommen sein wird, die materielle Unterlage für die verschiedenen Veränderungen der Reflexwirkung im Rückenmarke

zu erkennen, so werden wir hoffen dürfen, im Gehirn dieselben pathologischen, den Geistesstörungen entsprechenden, Veränderungen zu finden."

Dagegen gelangt Dr. *Dario Maragliano* in einer (nach des Refer. Dr. *Seppilli* Ausspruch höchst gediegenen) Schrift über die motorischen Bezirke der Hirnrinde vom klinischen Standpunkte zu folgenden sehr entschiedenen Resultaten, welche aus der Analyse von 97 klinischen Fällen hervorgehen.

1) Die motorische Function der Rinde findet sich an der aufsteigenden (unserer Präcentral-) Stirnwindung und an dem hinteren Theil der ersten, zweiten und dritten Stirnwindung, desgleichen an der aufsteigenden Scheitel-Windung.

2) Die Läsionen der Stirn-Windungen sind häufiger als die der Scheitel-Windung.

3) Bei isolirten Motilitätsstörungen der obern Extremität (del solo arto superiore) kann die Läsion an irgend einem Punkte der obern Zweidrittel der motorischen Zone haften.

4) Auch die Motilitätsstörungen beider Glieder entsprechen Läsionen in den obern $^2/_3$ der 2 aufsteigenden (Windungen?).

5) Gesellen sich zu den Bewegungsstörungen eines oder beider Glieder ausgesprochene Bewegungsstörungen des Gesichtes (del viso), so findet sich constant eine Läsion am untern Drittel der aufsteigenden Stirn-Windung.

6) Die Bewegungsstörungen des obern Augenlides scheinen Läsionen an der untern Scheitelwindung zu entsprechen.

7) Reizerscheinungen wie Krämpfe, Convulsionen, epileptische Anfälle entsprechen ohne Unterschied Veränderungen der aufsteigenden Scheitel- und Stirnwindung und Punkten, welche diese unmittelbar berühren.

30. Auch *Luciani* und *Tamburini* erkennen auf Grund ihrer Experimente nicht an, dass die bei Elektrisirung der Hirnrinde ausgelösten Bewegungen mittelst Diffusion des Stromes erfolgen, aber auch nicht, dass die Compensation paralytischer Symptome mittelst functioneller Substitution der benachbarten Windungen oder der gegenüberliegenden Hemisphäre geschieht.

14. Bei einem diffusen idiopathischen Eczem, das plötzlich bei einem 60jährigen Manne unter dem Einfluss von Kälte und Regen in der behaarten Kopfhaut entstanden war und über den ganzen Körper sich verbreitet hatte, fand Vf. nach dem durch Pneumonie erfolgten Tode deutliche Hyperämie im obern Gangl. cervicale und im Gangl. coeliacum, in den Nervenzellen Zerfall und Pigmentirung. (Aus l'Imparziale, Jan. 1878.)

15. Plötzlich entstandener Amaurose war nichts als heftiger Schmerz in den obern Reisszähnen, an denen sich ein Fistelgang nebst Periostitis alveolaris externa und interna vorfand, vorausgegangen und verschwand nach Extraction der Zahnwurzeln. Das Gangl. ophthalmic. bewirkt bei Zahnleiden öfter Hyperämie im Augapfel. (Klin. Archiv d. prakt. Aerzte, April 1877.)

16. Aus Beobachtungen an 4 Paralytischen der I. A. Reggio-Emilia

schlöss *Riva*, dass die epileptiformen und apoplektischen Anfälle gewöhnlich von Temperatur-Erhöhung auf 39—40° C. begleitet sei und diese auf Lähmung der thermogenen Gehirncentren beruhe, in Folge mangelhafter Ernährung und Ueberfüllung mit Kohlensäure. Dagegen fand *Serpilli* bei 4 andern dortigen Kranken 2—3 Tage vor ihrem Tode Temperaturabfall auf 34—26° C. und sieht letztern als sicheres Todeszeichen an. (Rivista sperim. H. III. u. IV. 1877.)

17. 2 Fälle aus Sumpfgegenden mit regelmässigen abendlichen und nächtlichen Exacerbationen. Heilung durch Chinin und Arsenik, resp. Chinin und Calabar-Extract. (Ibid.)

18. Die Färbung mikroskopischer Präparate mittelst gesättigter wässeriger Lösungen von Anilinblau 4 pCt. und Ac. picric. 100 pCt. wird von *Grilli* sehr gelobt.

19. *T.* bestreitet auf Grund seiner mittelst Kal. bichrom. und Osmiumsäure hergestellten mikroskopischen Präparate die von den Anatomen angenommene Verschiedenheit der Eminent. bigeminae anterr. bei niedern Säugethieren von denen des Affen und Menschen.

20. Die Clitrophobia, welche der Ref. *Verga* besser durch Claustrophobia bezeichnet fände, ist das Gegentheil von *Westphal's* Agoraphobia, nämlich die Angst, wenn man sich in einem Hause eingeschlossen weiss und die beseitigt wird, wenn man vom Wirth einen Hausschlüssel erhält, den man unter das Kopfkissen steckt, wie das in dem einen Falle geschah, oder wenn es gelingt das Fenstergitter aufzureissen, wie in dem zweiten Falle. Führt sich diese neue Form in das schon allzureiche Inventar der Neurosen ein, so werden wir bald von unzähligen Beispielen derartiger Aengste zu hören bekommen.

21. *Verga's* schöner Arbeit über die Irrenstatistik entnehmen wir folgende Sätze:

1) Bei der Zählung am 31. Decbr. 1874 fanden sich auf dem ital. Festlande 170,79 Irre unter 100,000 Ew., etwa so viel wie in Hannover, etwas weniger als in Schottland, Schleswig-Holstein, Sachsen, Irland, Dänemark und Norwegen, mehr als in Irland, Frankreich, England, Bayern, Schweiz und Belgien.

2) Die wenigsten sind in Neapel, 1 : 903 Ew., die meisten in der Lombardei 1 : 435 Ew.

3) In der Lombardei hat sich die Zahl der Irren binnen 15 Jahren fast verdoppelt, in Umbrien binnen 10 Jahren fast verdreifacht.

4) Das Verhältniss der männlichen Irren zu den weiblichen ist in Italien 100 : 91, während das der männlichen zu dem der weiblichen Bevölkerung wie 100 : 99 sich erweist.

5) Idioten und Schwachsinnige — Phrenastenici — sind wie im Deutschen Reiche zahlreicher vorhanden, als eigentlich sogen. Irre.

6) Von letzteren befindet sich weniger als ein Drittel in Anstalten, von Idioten etc. kaum 1/30.

7) 24 pCt. der Irren in Anstalten sind dement; nur 7 pCt. leiden an Mania furiosa, noch wenigere halluciniren.

8) Die meisten Pellagrosen giebt es im Venetianischen, weniger in der Lombardei, Emilia, den Marken und in Piemont.

9) Die Epileptiker sind in den Anstalten sehr zahlreich vertreten, am meisten in Neapel und Toscana, woselbst Alcoholismus fast unbekannt ist.

10) Paralytisches Irrsein herrscht vor in Piemont und Ligurien; in letzterem und im Venetianischen ist Alcoholismus am meisten zu finden.

11) Hysterisches und puerperales Irrsein haben die Anstalten in Rom, Ligurien und Venetien am meisten aufzuweisen.

12) Hallucinationen und Dementia senilis tritt bei Frauen häufiger auf, als bei Männern.

22. Prof. *Tamburini*, *Livi*'s Nachfolger in Reggio und auf dem Lehrstuhl der Universität Modena, führt in einem glänzenden Vortrage als die modernen, nicht mehr zu entbehrenden Hilfsmittel zur Diagnose der Psychosen auf den Sphygmograph, das Ophthalmoskop, das Aesthesiometer, Dynamometer, die Elektroskopie, Craniometrie etc., natürlich auch das Mikroskop. — Unterricht in der Elektro-Therapie ertheilt *Vizioli* an der Universität Neapel, derselbe, welcher den Satz aufstellte, dass der elektrische Strom den Schmerz nur beseitigt, wenn die Neuralgie peripherischen Ursprunges, nicht aber wenn sie centraler Natur ist.

24. Prof. *Tebaldi* in Padua hält sehr werthvolle Vorlesungen an der neuen Krankenwärterschule daselbst. 26. *Giacomini*'s Anleitung zum Studium der Hirnwindungen des Menschen wird von *Verga* mit den Worten eingeführt: Ecco un libro utile e ben fatto und lebhaft empfohlen. 25. *Funajoli*'s Besuch der I. A. in der Schweiz und in Frankreich enthält, dem Berichterstatter *Bonomi* zufolge, manche interessante Einzelheiten, dass der Bau der Anstalt im Canton Zürich für 250 Kranke 3 Mill. Lire = 2,400,000 M., für jedes Krankenbett also 9600 M. gekostet hat und wenn auch von eleganten Aeussern, doch bezw. der Räumlichkeiten nicht als Muster gilt, ist bekannt. Gelegentlich der Besprechung des Latrinenwesens erzählt *B.*, er habe in 2 Anstalten deutscher Hauptstädte nach dem Befinden des dortigen Spülsystems sich erkundigt und die Antwort erhalten, dass man sehr zufrieden damit sei, bei eigenem Nachsehen aber sei kein Tropfen Wasser gekommen, weil hier eine Röhre, dort eine Leitung eben in Reparatur befindlich waren.

23. Die neueren Studien über Paralysis progressiva sind eine sehr umfangreiche Compilation aus 5 englischen, 10 französischen, 5 italiänischen, 12 deutschen Arbeiten aus den Jahren 1875—78. Vf. Arzt unter *Tamburini* in Reggio, hebt als wichtiges Moment für die Anfangsstadien der Par. progr. die von letzterem mehrfach gefundenen ossificirenden Flecken auf der hintern Fläche der Arachnoidea spinalis hervor.

18. Bei einer 76jährigen Frau mit Kyphosis und Dorsal-Skoliosis fand Prof. *Foa* den rechten Fuss wie eine Kugel gestaltet, auf welcher 4 Zehen warzenähnlich aufsassen, von denen der erste und letzte mit Nägeln versehen war. Das Rückenmark war bis gegen das Ende der Dorsalgegend nicht abnorm; von da abwärts theilte sich jedoch zuerst der Centralkanal (?) und die umgebende graue, weiterhin auch die weisse Substanz, so dass es aus 2 gegen die Cauda equina hin sich wieder vereinigenden Stücken bestand. Von den beiden getrennten Stücken gingen 2 den letztern an Umfang entsprechende Nn. ischiadici ab.

27. *Moleschott* empfiehlt das Jodoform um seiner antiphlogistischen, resolvirenden und sedativen Wirkung willen bei Neuritis und Neuralgie, Leukämie und Meningitis tuberculosa, serösen Lymphgeschwülsten etc. In 3 von 5 Fällen von Hydrocephalus acutus der Kinder habe es als äusseres Mittel sich hilfreich erwiesen. Aeusserlich mit Collodium oder Cerat 1 : 15; innerlich in Pillenform mit Extr. lactuc. 0,05—0,1 pro die.

31. In den 4 Jahren 1874—77 kamen 51 Selbstmorde vor, unter denen in 31 Fällen der Tod erfolgte; 37 bei Männern, 14 bei Weibern. Ancona ist so glücklich, dass die Zahl der Selbstmorde dort progressiv abgenommen hat, während sie anderwärts stieg.

Necrologe. Ausser *Roller*, *Zeller* und *Claude Bernard* erhielten ehrenden Nachruf in diesem Jahre:

1. *Giuseppe Girolami*, Director des Manicomio zu Rom und Universitäts-Professor, geboren 9. October 1809 zu Foligno, gestorben 14. Januar 1878 an Paralys. progress.
2. *Giovanni Stefani Bonacossa*, Prof. und Primararzt im Manicomio zu Turin bis 1874, geb. 1804 in Casalgrasso (Saluzzo), gest. 11. April 1878 an e. Herzleiden.

Ferner erhielt ein Ehrendenkmal auf dem Friedhof zu Novara der i. J. 1874 im Alter von 90 J. verstorbene Dr. *Giovanni Fossati*, als Phrenolog Stifter bedeutender Preise für Arbeiten über Anatomie und Physiologie des Gehirns bekannt.

M. Fraenkel.

American Journal of Insanity.

Aprilheft 1877. Dr. *Macdonald*, über allgemeine Paralyse. Verfasser berichtet, dass diese Krankheit in Amerika und zwar zuerst von Dr. *Luther Bell* gerade 35 Jahre später beobachtet worden sei, wie in England und in Frankreich. Zuerst sei sie in den Küstenländern Amerikas aufgetreten und habe sich von hier aus rasch nach dem Binnenlande verbreitet; jedoch nicht in gleicher Ausdehnung. Die Procentzahl sei sehr verschieden. Heute betrage der Procentsatz in allen östlichen Staaten 4, in den mittleren $8^1/_2$, im Westen $1^7/_{10}$, im Süden $1^1/_{10}$. In seiner Anstalt (New-York City

Asylum) sei sie in rapidem Wachsthum begriffen. Im letzten Decennium, und zwar in Zwischenräumen von 3 Jahren, habe er 34, dann 55, und zuletzt 72 solcher Kranken in Behandlung bekommen.

Was die Ursachen anbelange, so stände nach seiner Ansicht unwiderruflich nur das Eine fest, dass erbliche Anlage die grösste Rolle bei der allgemeinen Paralyse spiele. Dann habe er auch die Beobachtung gemacht, dass Leute mit geringer Bildung leichter dieser Krankheit unterworfen seien, als andere. Ausschweifungen seien nicht immer die Ursache dieser Krankheit. Trunksucht sei ein wichtiges ursächliches Moment. Von 155 seien 116 notorische Trinker, ausserdem 45 syphilitisch gewesen. Er lege weniger Gewicht auf Syphilis, als auf Excesse in venere. Um in zweifelhaften Fällen mit seiner Ansicht sicher zu gehen, liesse er sich die Frau oder die Maitresse des Betreffenden vorführen, und wenn diese sinnlicher Natur wäre, so schreibe er als Ursache, Excesse in venere, in sein Buch (où est la femme). In den englischen Anstalten sei das Procentverhältniss der paralytischen Männer zu den paralytischen Frauen wie $14^{2}/_{10}$ zu 2; in Amerika wie $4^{1}/_{2}$ zu $^{4}/_{10}$. Als Grund dieser Erscheinung sei die Thatsache zu verzeichnen, dass die Männer mehr dem Trunke ergeben seien, als die Frauen, diese dagegen vom Geschlechtsgenusse nicht so sehr angegriffen würden, wie jene.

Alles, was über die Symptome dieser Krankheit in ihren verschiedenen Stadien und Formen, über ihre Entwicklung, ihren Verlauf, Ausgang und Ende, Sectionsbefunde etc. gesagt wird, ist bekannt

Juliheft 1877. Dr. *Baudy* bespricht unter dem Titel: „Automatic cerebration as related to cerebral localisations“ die ewig alte und ewig neue Frage, ob der Geist von der Materie, oder die Materie vom Geiste abhängt — nichts als ein speculatives Raisonnement, ohne irgend welche neue und anregende Gesichtspunkte.

Dr. *Deecke* über die Gefässwandungen in krankem und gesundem Zustande behandelt die bekannten Streitfragen.

Dr. *Grisson*, angeregt durch einen sehr scharfen und bittern Artikel in der „Lancet“ von Dr. *Buknill*, der über die Amerikanische Irrenpflege den Stab bricht, weil sie in der Behandlung der Geisteskranken noch den Zwang duldet, vertheidigt in sehr energischer Weise die Ansichten der Amerikanischen Irrenärzte, die einen mässigen und nur von ihnen angeordneten und controlirten Gebrauch der Zwangsmittel in bestimmten Fällen für die humanste Behandlung hielten. Auch sei es eine bekannte Thatsache, dass, obgleich no-restraint in England ausserhalb und innerhalb der Anstalten in Jedermanns Munde sei, die wirklich guten, vorurtheilsfreien und erfahrenen Aerzte dort, wie überall, gern einräumten, dass in der Praxis ohne Zwang nicht gut auszukommen sei. *Grisson* führt für diese Behauptung eine Menge von Beispielen an.

Dr. *Kiernan* über Katatonie; bringt manches Abweichende von den Ansichten *Kahlbaum's*, auch einiges Neue.

Hauptsymptome: cyclischer Charakter der Krankheit, maniakalisches,

melancholisches, kataleptoides Stadium. Die Katalepsie werde durch Convulsionen unterbrochen, die sich von Chorea nur dadurch unterschieden, dass sie vom Willen abhängig wären. Während der Aufregung Grössenwahn, theatralische Sprechweise, geschlechtliche Aufregung. - Die Prognose sei eine ungünstige; die Krankheit verlaufe fast immer tödtlich; zuweilen trete auf längere oder kürzere Zeit Besserung ein. Diese sei aber nur scheinbar. Sehr oft complicire sich die Katatonie mit Schwindsucht. Die hauptsächlichste Ursache sei die scrophulöse Diathese und ein in der Kindheit verlaufener tuberculöser Process an der Basis des Gehirns, und zwar in dem 4. Ventrikel über der Fissura Sylvii. Eine Reihe von Sectionen ergeben im Wesentlichsten folgende Resultate:

1) Die Pia mater biete Reste eines alten tuberculösen Processes, der sich indessen nicht weiter entwickelte.

2) Im Gehirn venöse Stase. Da dem Abfluss des venösen Blutes kein mechanisches Hinderniss zum Grunde liegt, so sei anzunehmen, dass die Ursache vasomotorischen Charakters wäre.

3) Die gelatinöse Ausschwitzung von Pia und Arachnoidea sei nicht als ein entzündliches Product anzusehen, sondern als eine Durchfeuchtung mit molecularer Materie und Blutflüssigkeit durch die erweiterten Gefässe.

4) Die venöse Stase habe ebenfalls eine Anhäufung von Lymphkörperchen um die Ganglienzellen zur Folge. Die Thatsache, dass einzelne Stellen der Corticalis mehr davon befallen würden, als andere, haben seinen Grund in der besondern Vertheilung der Venenstränge.

5) Diese Anhäufung von Lymphkörperchen, von deren Identität mit weissen und rothen Blutkörperchen er vollständig überzeugt sei, finde man in dieser Ausdehnung nur bei Gehirnerscheinungen in den schwersten Fällen von Typhus. Die Aehnlichkeit der pathologischen Erscheinungen der Corticalis bei Katatonie und Typhus sei überraschend. Der einzige Unterschied bestehe darin, dass bei der Katatonie nur gewisse Theile der Corticalis ergriffen seien, während im Typhus das ganze Gehirn afficirt erscheine.

Diese Anhäufung von Lymphkörperchen fände sich auch in vielen Formen von Geisteskrankheiten, die auf Atrophie des Gehirns beruhten. Doch sei ihr Ursprung anderer Art, dessen Verfolgung hier zu weit führe.

6) Es sei nirgends eine Zerstörung oder Degeneration von Nervenelementen, Zellen und Nervenfasern zu finden gewesen; denn der Anwesenheit von diffuser Pigmentirung von einigen der Pyramidalzellen könne man keine Bedeutung beilegen, da man sie auch bei Geistesgesunden antreffe.

7) Den Zustand des Rückenmarkes und der hintern Pyramiden müsse er als einen geringen Grad von Sklerose bezeichnen, ähnlich im Charakter der senilen Sklerose. Er glaube diesen Zustand theilweise auf eine schlechte Körperernährung, theilweise auf mangelnde Muskelthätigkeit in Folge der Katalepsie zurückführen zu müssen. Hierin biete dieser Zustand eine Parallele zu *Charcot's* lateraler Sklerose.

„Sollten alle die genannten Erscheinungen, wie sie durch meine Sectionen

zu Tage gefördert sind, in der Zukunft bestätigt werden, so zögere ich keinen Augenblick, die Ursache dieser Krankheit der Unthätigkeit des vasomotorischen Centrums zumessen zu müssen, deren schädliche Folgen sich in den Theilen um die Fissura Sylvii am auffallendsten zeigen. Alle übrigen Läsionen sind als nebensächlich zu betrachten."

Januarheft 1878. Dr. *Gray*, über geistige Hygieine. Ein Vortrag, gehalten beim internationalen Aerzte-Congress in Philadelphia am 8. September 1876, mit dem Motto: „mens sana in sano corpore". Ein Auszug ist schwer zu geben, würde auch die Wissenschaft mit neuen Daten nicht bereichern. Das Motto besagt Alles.

Dr. *Andrew Mc. Farland*. Rückblick auf die bedeutendsten Irrenärzte Amerika's, die dem Vereine of Superintendents seit seinem Bestehen angehört haben. Daneben die Geschichte und Entwickelung des Vereins. Der Verein wurde am 16. October 1844 in Philadelphia gegründet. Er constituirte sich an diesem Tage aus den Directoren (superintendents) der bedeutendsten damaligen Irrenanstalten. Von diesen Herren existirten zur Zeit des Vortrages nur noch 4. Als hervorragend werden genannt:

1) Dr. *Samuel B. Woodward*.

2) Dr. *Brigham*, hat sich um die Gründung des americain Journal of Insanity sehr verdient gemacht.

3) Dr. *Luther Bell*, ein sehr fruchtbarer Schriftsteller, der sich weit über die Grenzen seines Vaterlandes durch viele neue Entdeckungen auf dem Gebiete unserer Wissenschaft einen bedeutenden Namen gemacht hat.

4) Dr. *William Awl*, bekannt als anregender Redner; hatte eine sehr strenge religiöse Richtung.

5) Dr. *William Rockwell*, ein vorzüglicher Financier und Organisator der Amerikanischen Irrenanstalten.

6) Dr. *John Galt*, ein Mann von seltener Bescheidenheit bei seltener Begabung.

7) Dr. *Francis Stribling*, vorzüglicher Redner, ein feiner, hochbegabter College.

Es sind dies nekrologische Skizzen von den bereits verstorbenen hervorragenden Mitgliedern des Vereins. Ueber die noch lebenden geziemt es sich zu schweigen.

Schliesslich folgt ein lobendes Wort über die segensreiche Wirksamkeit des Vereins und das schöne collegialische Verhältniss, das seit dem Tage der Gründung bis auf den heutigen Tag den Verein so ausgezeichnet habe.

Dr. *Macdonald*, über die Anwendung des Chlorals. Nichts Neues.

Die Anstaltsberichte, die einen ziemlich grossen Bestandtheil dieses Heftes in Anspruch nehmen, bieten für uns kein Interesse.

Aprilheft 1878. *Palmer*. Selbstmord, kein Beweis von Geisteskrankheit. Unter diesem Titel wird ein Vortrag reproducirt, den genannter Herr im ärztlichen Vereine zu New-York gehalten hat. Verfasser, ein Laie, ergeht sich in Breiterem über die Aetiologie des Selbstmordes,

ob Geistesstörung oder Verbrechen, und kommt nach den Erfahrungen, die er gemacht habe, zu dem Resultate, dass Selbstmord bei Geisteskranken vorkomme, ebenso oft auch bei Gesunden. (Dadurch sind wir nicht klüger geworden.) Der Vortrag hat nicht den geringsten wissenschaftlichen Werth.

Dr. *Grisson*, über Zwangsmaassregeln in Irrenanstalten. Verfasser will sich nicht länger mit der Frage befassen, ob restraint in Irrenanstalten zulässig sei oder nicht. „Jeder verständige Arzt ist heutzutage sich wohl klar, dass in der Praxis ohne Zwangsmaassregeln gar nicht auszukommen ist." Für ihn existire diese Frage gar nicht mehr, sondern nur die Frage des wie. Nachdem dieser und jener Maassregeln Erwähnung gethan, kommt Dr. *Grisson* auf einen Zwangsapparat zu sprechen, den er erfunden, und den er den Collegen dringend empfohlen haben möchte. Dieser Zwangsapparat ist eine Art Bett mit Gitterdeckel und verschiebbarer Unterlage. Hochgradig aufgeregte Kranke, in dieses Bett gebracht, würden sehr bald ruhig; Andere, die den bevorstehenden Sturm herannahen fühlten, verlangten nach diesem Bett. Melancholische Kranke mit Neigung zum Selbstmord wären hier sicherer, wie irgendwo anders. Die Beaufsichtigung der Kranken sei eine sehr leichte. Verunreinigte Unterlagen könnten sehr leicht entfernt werden. Nach der Beschreibung muss dies ein Allerweltsbett sein. Die nähere Beschreibung findet der Leser Seite 512 dieses Heftes und folgende.

Aus den Anstaltsberichten ersehen wir, dass von 69 Anstalten in jeder einzelnen im Durchschnitt sich 313 Kranke befinden, dass die Unterhaltungskosten pro Kopf auf 257,69, die Baukosten auf jeden untergebrachten Kranken sich auf 996,00 Dollar belaufen. In einzelnen Staaten bestehen besondere Anstalten für geisteskranke Verbrecher. In allen anderen sind Einrichtungen getroffen, dass sie in besondern, für sich bestehenden Abtheilungen untergebracht werden können.

Juliheft 1878. Dr. *Grisson*, über wahre und falsche Sachverständige. Mit der Zunahme der Civilisation sei das Bedürfniss entstanden, in zweifelhaften Fällen von Geistesstörung sachverständige Aerzte, d. h. Aerzte zur Begutachtung heranzuziehen, die sich mit dem Studium der Geistesstörung eingehender beschäftigt und ihre Bekanntschaft mit diesem Studium durch ein Examen nachgewiesen hätten. Namentlich sei dies in Frankreich und Deutschland der Fall, wo diese Sachverständigen in grossem Ansehen ständen. In andern Ländern sei dies nicht der Fall, in andern nur ausnahmsweise, und in Amerika sei es, zur Illustration dieser Angelegenheit, vorgekommen, dass ein hochangesehener und sehr bekannter Richter den Irrenärzten in foro zugerufen habe: „Geht nach Hause und pflegt Eure Kranken; dort seid Ihr nützlicher, als hier." In England sei es vorgekommen, dass, als Dr. *Winslow* als Sachverständiger für sein Gutachten 50 L. verlangt habe, der Richter ihm erwidert hätte, er bekäme kein Geld, da er es ebenso wie die Andern gemacht und sein Urtheil zu Gunsten derer abgegeben hätte, die ihn zur Abgabe eines Gutachtens ver-

anlasst hätten. (Dies lässt an Infamie und Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig.)

Verfasser macht nun den Vorschlag, es müsse ein Gesetz gemacht werden, worin bestimmt werde, dass staatlicherseits eine Commission von praktischen Irrenärzten einzusetzen sei, an deren Berathungen auch ein Sachverständiger des Vertheidigers Theil nehmen könne, welche in fraglichen Fällen vor beginnenden eigentlichen Gerichtsverhandlungen den Beklagten auf seinen Geisteszustand zu untersuchen hätten. Fänden diese, dass der Betreffende gestört sei, so dürfe der Fall gar nicht zur öffentlichen Verhandlung kommen, sondern es müsse für den als geisteskrank befundenen Menschen in geeigneter Weise anderweitig gesorgt werden. (Ein gewiss sehr zu beherzigender Vorschlag, dessen Zweckmässigkeit, ja Nothwendigkeit bei den hier noch herrschenden Verhältnissen auch von uns sehr tief empfunden wird.)

Dr. *Gray*, über Selbstmord. Nicht blos Geisteskranke begehen Selbstmord, sondern auch viele geistig vollstängig intacte Menschen aus allen möglichen Beweggründen. Enthält nichts Neues.

In der 29. Versammlung des Amerikanischen medicinischen Vereins zu Buffalo am 4. Juni 1878 wurden nachstehende Resolutionen gefasst:

1) Die persönliche Beschränkung eines Geisteskranken ist ein wesentlicher Theil der ärztlichen Behandlung und ist als solche durch den Charakter der Behandlung gerechtfertigt, ganz analog der Berechtigung der Polizei-Behörde, einen gemeingefährlichen Kranken zu interniren, um ihn unschädlich zu machen.

2) Privatpersonen haben das Recht und die Verpflichtung für ihre kranken resp. geisteskranken Angehörigen entweder zu Hause zu sorgen oder in einer staatlich anerkannten Anstalt sorgen zu lassen.

3) Den betreffenden Personen steht die Anwendung von Zwang zu, soweit dies als zur Behandlung und Pflege zulässig oder nothwendig erscheint.

4) In der Ausübung dieser Pflicht und dieses Rechtes sind sie zur Vermeidung des Missbrauchs ihres Rechts oder zur Vermeidung der Vernachlässigung ihrer Pflichten, der staatlichen Aufsicht unterworfen. (Bekanntlich ist schon früher beschlossen worden, dahin zu wirken, dass das Publikum gehalten sein solle, den betreffenden Behörden von dem Vorhandensein einer Geistesstörung in der Familie Kenntniss zu geben.)

Octoberheft 1878. Dr. *Clark* — an animated molecule and its nearest relations.

Verfasser kommt in speculativ behandelnder Weise in seinen Auseinandersetzungen zu dem Schluss, dass alles geistige Sein und Leben von der Thätigkeit der Molecüle im Gehirn abhänge und der Motor dieser Thätigkeit nichts anders sei, als eine Art Magnetismus oder Electricität oder Od. (Da sind wir nicht viel klüger.)

Dr. *Bucke* — the moral nature and the great sympathetic.

Dr. *B.* sucht den Nachweis zu führen, dass dem sympathischen Nervensystem höhere geistige Eigenschaften zukommen. Verfasser gelangt nicht über den Versuch hinaus. Denn, was er bringt, ist theils Bekanntes, theils sind es Vermuthungen.

Dr. *Eastman*, über Kleptomanie. Erzählt in populär gehaltener Form einen Fall von Kleptomanie, ohne irgend welche Bedeutung.

Anstaltsberichte.

In der Irrenanstalt zu New-York ist seit 1877 eine Klinik zum Studium in der Psychiatrie eingerichtet. Zu diesem Zweck sind dem Lehrer 200 Kranke aus der Anstalt zur Verfügung gestellt.

Ein Auszug aus dem „Edinburgh medical Journal, April and Juni 1878", den ich in diesem Octoberhefte gefunden habe, besagt, dass Dr. *Lauder Lindsay*, Physician to the Murray Royal Institution, Perth, in seinen Beobachtungen und Erfahrungen über no-restraint zu folgenden Resultaten gekommen sei:

1) 90 pCt. sämmtlicher Irrenärzte seien für restraint.

2) Damit solle nicht gesagt sein, dass alle diese 90 pCt., welche die Anwendung eventuell befürworteten, ihn auch in der That zur Anwendung brächten.

3) Sie wollten eben nur damit gesagt haben, dass Fälle eintreten könnten, wo Zwang nicht zu umgehen sei; sie wollten unter allen Umständen freie Hand behalten.

4) Restraint sei eine Hauptbedingung einer humanen und wissenschaftlich aufgeklärten und vorurtheilsfreien Behandlung.

5) Die Kranken verlangten oft selbst darnach.

6) Alles, was von den Jüngern und Verfechtern des no-restraint an die Stelle des Zwanges gesetzt werde, sei noch weit schlimmer und mit grösseren Uebelständen verbunden als der Zwang selbst.

7) *Conolly*'s System habe den Geisteskranken nur Nachtheile gebracht und den alten Leiden und Uebeln neue und schlimmere hinzugefügt.

Hasse.

Annales médico-psychologiques. 1876.

Januarheft. *Taguet* (Ville-Evrard), die verfolgungssüchtigen Irren. — Der Verf. theilt 5 Beobachtungen von verfolgungssüchtigen Irren („lästige Quärulanten") mit, davon ein paar viel zu skizzenhaft und unvollständig, um sich ein selbständiges Urtheil bilden zu können. In den allgemeinen Bemerkungen zu dieser Form des Irreseins führt der Verf. an, dass dieselbe u. a. auch in der Megalomanie und der Paralysie générale vorkomme; bei der ersteren ist sie charakterisirt durch geringe Stabilität. In der in Rede stehenden Varietät tritt der Wahn mit einem Schlage ein und beherrscht alle anderen Symptome.

Ponza (Director der Irrenanstalt in Alexandrien) über den Einfluss des farbigen Lichtes bei der Behandlung des Irreseins. — Briefliche Mittheilung an die Mitglieder der Société médico-psychologique, die eine andere sehr interessante des *Pater Secchi* über die Isolirung des Sonnenspectrums enthält. Ausgehend von der guten Wirkung des violetten Lichtes auf die Ernährung von Thieren und Pflanzen, experimentirte *Ponza* mit verschieden gefärbtem Lichte auf Irre. Er liess jedem Zimmer dieselbe Farbe geben, welche die Fensterscheiben hatten; in ein rothgefärbtes Zimmer mit rothen Scheiben brachte er einen Lypemanischen, der sehr wenig Nahrung zu sich nahm; 3 St. später fand *Ponza* den Kranken heiter, lachend und Nahrung begehrend. Ein anderer nahrungsverweigernder Melancholiker, der sich den Mund fortwährend mit den Händen zuhielt, um den Eintritt der vergifteten Luft abzuhalten, wurde ebenfalls in ein rothes Zimmer versetzt; am folgenden Morgen stand der Kranke auf und verlangte sein Frühstück, das er mit auffälliger Hast verschlang; seine Besserung schritt weiter. Ein in der Zwangsjacke befindlicher Tobsüchtiger wurde in ein blaues Zimmer versetzt; in weniger denn einer Stunde war derselbe ruhiger; ein anderer Irre (von welcher Art?), der eine Nacht in einem violetten Zimmer zugebracht hatte, wurde bald als genesen entlassen (?). — Beobachtet man die Licht-Curven mittelst des Spectrometers, so bemerkt man sogleich, dass die violetten Lichtstrahlen vor allen anderen die intensivsten elektrochemischen Strahlen besitzen, dass ferner das rothe Licht ebenfalls sehr reich an wärmeerzeugenden Strahlen ist, dagegen das blaue Licht keine erwärmenden, chemischen und elektrischen Strahlen hat. Das blaue Licht, die absolute Negation jeder Reizung, ist daher am besten geeignet die tobsüchtig Aufgeregten zu beruhigen (vergl. Nov. Heft).

A. Fèvre (Armentières), über die Veränderungen des Hautsystems im Irresein. — Die Arbeit eines sehr sorgfältig beobachtenden Arztes. In der Einleitung führt *F.* die Ansichten alter und neuer Dermatologen und Irrenärzte über die Beziehungen an, welche zwischen dem Irresein und den Dermatosen herrschen; er geht sodann auf die Veränderungen über, welche die Haut in den verschiedenen Formen und Stadien des Irreseins erfährt, namentlich Veränderungen der Farbe und der Epidermis, und beschreibt sodann die Formen des in den Anstalten durch Insolation erstkommenden chronischen Pellagra's, welches er zum Unterschiede vom ersten Pellagra „Pellagroïd" nennt; er unterscheidet davon die „Cutis anserina", nicht in der gewöhnlichen Bedeutung als „Gänsehaut", sondern nach dem Aussehen der den Gänsefuss bekleidenden trockenen, pergamentartigen und schmutziggelben Membran. Es werden sodann die kleinen Hautabscesse, die phlyktenoïden Geschwülste (Pemphigus-Blasen), die blutigen und pigmentären Extravasate bei den Tobsüchtigen und allgemein Paralysirten besprochen. — *F.* behauptet, dass unter den Insassen von Irrenanstalten sich nur sehr wenige finden lassen, die nicht die eine oder andere krankhafte Veränderung der Haut darbieten, die nicht immer sichtbar ist, sich aber doch durch gewisse Zeichen, z. B.

Jucken zu erkennen giebt; oder die physiologischen Functionen der Haut sind gestört; dieselbe ist zu trocken oder zu feucht, zu kalt oder zu warm, oder ihre Sensibilität zeigt sich verändert: Anästhesie, Analgesie, Hyperästhesie. Der Verf. sucht diese krankhaften Zustände der Haut auf bestimmte Irreseinsformen zurückzuführen. — *F.* bespricht ferner die Veränderung der Haare, Nägel, die Secretion des Schweisses — der Geruch desselben sehr charakteristisch! etc. — Die Formen der Dermatosen, welche der Verf. am häufigsten beobachtet hat, sind: Furunkeln, Anthrax, erythematöse Plaques, Herpes, Pityriasis, Eczema, Impetigo, Psoriasis, Pemphigus, Ecthyma, Erysipelas und die verschiedenen Formen von Acne; unter den genannten ist das Erysipel eine der häufigsten Hauterkrankungen; das Auftreten von Pemphigus im acuten Irresein soll von günstiger Vorbedeutung sein (?); in der allgemeinen Paralyse ist derselbe ein böses Symptom, indem sich aus demselben leicht gangränöse Ulcerationen entwickeln. Der Verf. beschreibt ausführlich Fälle von Hyperhydrosis. — Die meisten Hauterkrankungen kommen in der Tobsucht, der Melancholie, bei den Idioten und allgemein Paralytischen vor: zuletzt bespricht *F.* die grosse Hautvulnerabilität der Irren. — (Wird fortges.)

Ein gerichtsärztliches Gutachten von *Sisteray* und *Delaporte* (Chefärzte in Maréville) befasst sich mit einem des Diebstahls etc. angeklagten, an Alkoholismus mit Verfolgungswahn leidendem, unzurechnungsfähigen Irren.

Auzouy (Pau), über Versuchsentlassungen. — Interpretation des Art. 13 des franz. Irrengesetzes von 1838.

In den Sitzungsberichten der Société médico-psycholog. wird eine ausführliche Abhandlung von *Fournet* über „Irresein mit Bewusstsein (*Falret*)", ausserdem eine Discussion über „Heirath von Anstalts-Irren" mitgetheilt.

Märzheft. *Cullere* (Auxerre), Beitrag zur Tuberkulose bei Irren. — In der Anstalt zu Auxerre bildet $^1/_5$ bis $^1/_4$ aller Todesfälle Tuberkulose; die Form derselben ist meist die chronische ulceröse Lungenphthise; mit ihr verbunden kommt zuweilen die entero-mesenterische Tuberkulose vor. Bei keiner einzigen Autopsie hat der Verf. Tuberkeln im Gehirn und seinen Umhüllungen gefunden. Das grösste Contingent zu diesen Fällen liefert die Form des Irreseins, welche mit einer tiefen Depression des Nervensystems einhergeht. Uebrigens decimirt die Tuberkulose alle Kategorien des Irreseins, vorzugsweise die Schwachsinnigen und die stupiden Melancholischen; dann kommen die Idioten und endlich die Aufgeregten. — Die Dauer der Krankheit ist meist eine lange, von einem Jahre bis zu 20 Jahren; es spricht Alles dafür, dass sie in der Anstalt erworben wurde. Der Verf. theilt 14 Beobachtungen mit, die meisten mit Autopsien; charakteristisch ist, dass meist die linke Lunge leidend ist, ein Resultat, das mit dem von *Calmeil* und *Marcé* übereinstimmt. Die übrigen Befunde boten nichts Charakteristisches dar.

Taguet (Ville-Évrard), über spontane Störung der allgemeinen

Sensibilität. — Diese Störung bildet im Irresein ein wechsel- und launenhaftes Symptom, das sich nur schwierig dem geübtesten und aufmerksamsten Auge darstellt; bald geht sie den Illusionen und Hallucinationen vorher, bald begleitet sie dieselben, oder folgt ihnen. Es ist nicht nothwendiger Weise Irresein damit verbunden; mit einer gewissen ehrwürdigen Reservation zählt Verf. auch die Stigmatisationen mehrerer Heiligen zu dieser Störung, die er mit *Maury* durch eine lokalisirte Affection der Innervation, oder auch als Folge von Verletzungen etc., die sich diese Heiligen im Paroxysmus ihrer Begeisterung unbewusst beigebracht hätten, zu erklären versucht. — Der Verf. theilt sodann 5 Beobachtungen von Störungen der Sensibilität mit, die durch unvorhergesehene oder unerwartete Umstände hervorgebracht wurden und sich auf geschlechtliche Verhältnisse beziehen. Die Arbeit schliesst sich an die These des Verf. über denselben Gegenstand an.

A. Fèvre, über die Veränderungen des Hautsystems im Irresein (Forts. und Schluss). — Ueber die Entwickelung und den Gang der Hautkrankheiten im Irresein bestehen unter den Aerzten verschiedene Ansichten: die einen behaupten das Irresein gehe den herpetischen Ausbrüchen vorher, die anderen das Gegentheil. Der Verf. ist im Allgem. der Meinung, dass diese Krankheiten nicht vor dem Erscheinen von Störungen im Nervensystem entstehen. Manches, was der Verf. in dem Auftreten, der Veränderlichkeit der Formen der Hautausschläge, in ihrer Hartnäckigkeit etc. bei den Irren als etwas Besonderes anführt, kommt auch bei Nichtirren vor; anders mag es mit der Beobachtung des Verf. stehen, dass die Hautausschläge, wie das Irresein selbst, Perioden des Stillstands, der Remission und der Exacerbation unterworfen seien, dass sie also den Phasen des Irreseins folgen. Ferner ist *F.* der Ansicht (wie er behauptet der erste), dass sich für jede Form des Irreseins eine correspondirende Hauterkrankung finden lasse; dass also die Natur und der Gang der Hauterkrankungen bei den Irren ein Ausgangspunkt für die Diagnose und Prognose des Irreseins bilden könne: eine Ansicht, über deren Richtigkeit practische Irrenärzte entscheiden mögen. — In dem Kapitel über die Aëtiologie behauptet *F.*, dass die mannigfachen Hauterkrankungen der Irren nur die äusseren Kundgebungen eines pathologischen Zustandes seien, dessen Ausgangspunkt im Nervensystem liege; es ist gegen diese Behauptung zu bemerken, dass wir nur wenige Exantheme kennen, die auf Sensibilitäts-, motorischen und trophischen Störungen (Angioneurosen) beruhen; als Typus der letzteren gilt namentlich der Herpes Zoster. — Die Therapie der Exantheme besteht in mehr oder weniger bekannten und wirksamen äusseren Mitteln; von inneren werden nur Eisen und Arsenik genannt.

Sisteray und *Delaporte* (Maréville), gerichtsärztl. Gutachten über den Geisteszustand eines jungen Menschen, der sein väterliches Haus in Brand gesteckt; wegen Schwachsinn freigesprochen und der Maréviller Anstalt überwiesen.

Die Sitzungsberichte der Société méd.-psycholog. beschäftigen sich hauptsächlich mit der „folie avec conscience": *Delasiauve* gegen *Fournet* und umgekehrt.

In der Journal-Revue wird die Allg. Ztschr. für Psychiatrie 1873 besprochen, resp. die Aufsätze von *Zenker* und *Jehn*.

Maiheft. — *Baillarger*, Bemerkungen über die Remissionen in der maniakalischen Form der Paralysie générale. — Die so häufig constatirten Remissionen in der Paralysie générale kommen nicht in gleichem Grade in den verschiedenen Formen dieser Krankheit vor; echte Remissionen ereignen sich nur selten in den Formen, wo die Paralysie générale von Anfang an mit ihren essentiellen Symptomen, dem Schwachsinn und der Lähmung sich darbietet und unter diesen Symptomen bis zu Ende fortschreitet; wogegen die Remissionen in den maniakalen, melancholischen und in den monomanen Formen häufig sind. Unter Remission versteht *B.* nicht eine Remission der eigentlichen Lähmung, sondern Heilung der maniakalen Anfälle. Man bemerkt hauptsächlich dann Remissionen, wenn die Paral. génér. mit einem maniakalen Anfall beginnt; sie sind nur die Heilung des maniakalen Anfalls mit Bestehenbleiben der ersten Zeichen der Dementia paralytica; es geschieht dasselbe bei den Remissionen in den melancholischen und monomanen Formen der Paral. génér. Die Häufigkeit der Remissionen in der maniakalen Form lässt sich nur durch die häufigen Heilungen der einfachen Manie erklären, indem man das Bestehen des irren Elements (élément vésanique) als Complication der Paral. génér. bei ihrem Auftreten annimmt. Zur Stütze dieser Ansicht kann die Aehnlichkeit der Formen im einfachen und im paralytischen Irresein dienen, sowie die zahlreichen Fälle von primitiver Paral. génér. ohne alle Complikation mit Manie, Melancholie und Monomanie. Nimmt man an, dass die verschiedenen Formen des Irreseins die Paral. génér. häufig bei ihrem Beginn compliciren, so bilden die Remissionen keine Anomalie einer Krankheit, die in ihren entwickelten Stadien einen gleichartigen Charakter zeigt und die in ihrer ersten Periode bald die Symptome und desshalb auch die denselben zu Grunde liegenden Läsionen der Manie, bald die der Melancholie darbietet, d. h. Läsionen verschiedener und Symptome entgegengesetzter Art.

Billod, von den Rechten und Pflichten des Arztes in Bezug auf Operationen bei Irren. — *B.* hält dafür, dass eine nöthig erscheinende Operation bei Anstalts-Irren ausgeführt werden müsse, unabhängig von der Zustimmung oder Weigerung des Kranken und von seinem heilbaren oder unheilbaren Zustand. Er modificirt seine Ansicht dahin, dass bei den nach Art. 8 des französ. Irrengesetzes freiwillig aufgenommenen Privat- und Anstalts-Irren vorerst die Einwilligung der Verwandten zu der Operation einzuholen sei; wogegen bei den nach Art. 25 placirten Irren (d'office) blos die Anzeige von der Nothwendigkeit der Operation bei den Verwandten gemacht werden soll; im Falle der Weigerung derselben soll eine Consultation von der Anstalt fernstehenden Aerzten stattfinden, deren

Entscheidung maassgebend sei. — *B.* theilt einige höchst interessante Fälle von Operationen bei Irren mit, unter denen sich einer befindet, welcher die Nützlichkeit auch in Bezug auf das Irresein einer bei einer irren Dame wegen Cancer vorgenommenen Operation beweisen soll. — *B* hebt namentlich die grosse Unempfindlichkeit und die geringere Reaction, die bei vielen Irren besteht, zu Gunsten einer Operation hervor und theilt hierauf bezügliche Beispiele mit, von denen eins an die Verbrennung der Hand durch *Mucius Scävola* erinnert.

Dufour (Bron bei Lyon), über die pathologischen Befunde des Herzens, der Leber und der Nieren bei Irren. — Das Material zu dieser Arbeit lieferten 61 Autopsieen, welche der Verf. in der Anstalt von Sainte-Gemmes in den J. 1874 und 75 gemacht hat. Er erwähnt der Thatsache, dass die klassischen Autoren über Irresein, ausser den Veränderungen des Herzens, nur wenig von denen der anderen Organe mittheilen; wenn es ihm auch nicht gelingen sollte, die nahen Beziehungen der Läsionen der oben genannten Organe zu den Irreseinsformen nachzuweisen, so werde er wenigstens die Häufigkeit ihres Vorkommens zeigen. — Unter den Krankheiten der Brustorgane bilden die des Herzens die Mehrzahl (44 auf 61 Fälle = 74%); dann kommen die der Lungen (55%) und der Pleura (47%), des Pericardiums (21%); unter den Unterleibsorganen zeigte die Leber dasselbe Verhältniss der Erkrankungen wie das Herz (74%), dann kommen die Nieren (57%). — Es bestehen sehr getheilte Ansichten über die Häufigkeit der Herzkrankheiten bei Irren; Manche, wie *Griesinger*, halten Herzfehler bei Irren eher für selten, denn häufig, wogegen *Guislain* und *Morel* entgegenstehender Ansicht sind. Der Verf. fand das Herz (mit Ausnahme von 6 Fällen von einfachem Fettherz) 44 mal (= 74%) in seinem Muskelgewebe und seinen Klappen erkrankt. Das Pericardium zeigt sich seltener erkrankt; es wurden 11 Fälle von Herzbeutelwassersucht, 5 Fälle von Milchflecken, 3 Fälle von Pericarditis mit und ohne Verwachsung mit dem Herzen gefunden. Die Erkrankungen des Herzbeutels kommen häufiger vor, als sie während des Lebens erkannt werden. Die Mitralklappe zeigte sich am häufigsten erkrankt: 7 mal war sie einfach verdickt und 27 mal atheromatös entartet; in seltenen Fällen ist sie allein erkrankt. Das Herzgewebe fand sich 14 mal allein alterirt und zwar entweder fettig degenerirt oder einfach hypertrophirt. Die halbmondförmigen Klappen fanden sich etwas weniger erkrankt, als die Mitralis (26 gegen 30 mal). Alle diese Läsionen gehören dem linken Herzen an; die rechtseitigen Höhlen haben kaum eine Abweichung ergeben, nur nehmen ihre Wände mehr oder weniger an der Verdickung theil. Fettige Entartung des Herzens wurde 18 mal gefunden. Zuweilen war das Herz klein und atrophirt. Die Aorta nimmt im Allgemeinen an den Läsionen ihrer Klappen theil; häufig wurde sie atheromatös gefunden. — Die Krankheiten des Herzens erzeugen entweder die der Leber und der Nieren, oder es bilden diese die primäre Erkrankung und ziehen das Gefässsystem und schliesslich das Herz in Mitleiden-

schaft. Die Autoren sind sehr karg in Mittheilungen über die Erkrankungen der Leber; die hauptsächlichsten derselben, diejenigen, welche man mit Recht mit dem Irresein in Verbindung bringen kann, gehören nach dem Verf. der interstitiellen sklerösen Entzündung oder der fettigen Entartung an, mit Hypertrophie, aber am häufigsten mit partieller oder totaler Atrophie des Organs, je nach der Periode des Krankheitsprocesses. Gallensteine sind häufig bei den Irren; meist gehen sie unbemerkt ab. Der pathol. Zustand der Gallenblase ist sehr wechselhaft: bald ist sie von Flüssigkeit ausgedehnt, bald zu einem weisslichen Strang atrophirt; die Farbe der Galle wechselt von schwarz bis zu eiweiss. In 31 Fällen wurde die Leber zu gleicher Zeit mit dem Herzen und den Nieren, oft auch mit der Milz erkrankt gefunden; 7 mal waren Herz und Leber allein krank; 7 mal wurde die Leber ohne Herzkrankheit krank gefunden. — Die kranke Milz bei den Irren stellt sich in zwei entgegengesetzten patholog. Zuständen dar: sie ist entweder weich zum Zerfliessen, ein anderes Mal hart, von leberartigem Aussehen; in einem Falle hatte sie das enorme Gewicht von 1030 Gr. (das normale Gewicht wechselt zwischen 150 und 200 Gr. *R.*); intermittirende Fieber wurden bei diesen Kranken nicht gefunden. Ferner wurde die Milzkapsel häufig sehr verdickt gefunden (Perisplenitis chron.); in einem Falle befanden sich im Inneren kartilaginöse Knoten (Chondrome?). Ueber den von vielen Aerzten behaupteten directen Einfluss der krankhaften Veränderungen der Milz auf die Erzeugung von Irresein, drückt sich der Verf. nicht bestimmt aus. — Die Krankheiten der Nieren werden durch die verschiedenen Arten der meist chronischen Nephritiden und der fettigen Entartung repräsentirt. Der Verf. tritt für die relat. Häufigkeit der Nierenkrankheiten bei Irren ein und sucht die entgegengesetzte Behauptung durch mangelhafte Untersuchung in Bezug auf den Eiweissgehalt des Urins und die früher geringere Erkenntniss der Pathologie der Nieren zu erklären. — Die beigegebenen zahlreichen Tabellen enthalten in kurzer Darstellung alle 61 Fälle mit Diagnosen und patholog. Befunden in 6 Serien.

In den Sitzungsberichten der Société méd.-psychol. verbreitet sich *Legrand du Saulle* in einer ausführlichen Vorlesung über die somatischen Symptome der „folies raisonnantes“ und kommt zu folgenden Schlüssen: 1) in der folie raisonnante bestehen unabhängig von den psychischen Symptomen häufig ganz charakteristische somatische Zeichen. 2) Die retrospective Untersuchung lässt in einer grossen Anzahl von Fällen gewisse vorübergehende psychische Störungen während der Pubertätszeit erkennen. 3) Die mit folie raisonnante behafteten Irren bieten oft Anomalieen der Geschlechtsorgane und Entartungen der Geschlechtssphäre in unerwarteter Weise dar. 4) Diese Irren können auf allen Altersstufen von Hirncongestionen betroffen werden, deren Symptome und Verlauf bis jetzt nicht gehörig klargestellt wurden. Eine Menge Beobachungen dienen als Belege.

Die Journal-Revue bringt die Forts. des Referats der Allg. Ztschr. für Psych. 1873 (*Flemming* und *Loechner*).

Juliheft. — *Azam*, **periodischer Verlust des Gedächtnisses oder Doppelleben.** — Ein höchst interessanter Fall von Doppelleben, der von den bekannten ähnlichen Fällen manche Abweichung darbietet. Eine hysterische Frau ist seit 16 Jahren — von ihrem 16. Lebensjahre an — von einem Verlust des Gedächtnisses befallen, der alle Anzeichen von Doppelleben darbietet. Der Verlust des Gedächtnisses erstreckt sich auf verschiedene Zeitperioden und ist von wechselnder Dauer; die Perioden haben sich allmälig verlängert und umfassen in der letzteren Zeit beinahe das ganze Leben der Kranken. Beide Lebenszustände sind getrennt durch eine kurze schlafähnliche Zwischenzeit, aus der die Kranke mit vollständiger Aenderung ihres ganzen Wesens erwacht. Dieses zweite Leben ist namentlich dadurch charakterisirt, dass die Kranke während seiner Dauer sich nicht allein desjenigen erinnert, was sich in den vorhergehenden Perioden dieses zweiten Lebens zutrug, sondern auch dessen, was sich während ihres normalen Lebens ereignete; wogegen sie während ihres normalen Lebens durchaus keine Erinnerung davon behielt, was sich während des zweiten Lebens begab. Der Zustand dieser Kranken ist von der Definition des Doppelbewusstseins oder Doppellebens verschieden, den *Littré* (Revue de philosophie positive, 1875) und nach ihm *Warlomont* (mit Bezug auf den Fall der Louise Lateau) also formulirt hat: „Das Doppelbewusstsein ist ein Zustand, in welchem der Kranke entweder das Bewusstsein hat, dass derselbe doppelt ist, oder ohne Kenntniss seines zweigetheilten Lebens bleibt, wovon das eine keine Erinnerung an das andere hat und sich gegenseitig nicht kennen." Die in Rede stehende Kranke hat nicht Bewusstsein während ihres normalen Lebens, sondern während ihres abnormen, zweiten Lebens die vollkommene Erinnerung ihrer beiden Leben; sie lebt also zwei Existenzen: die eine gewöhnliche, die sich aus allen Perioden ihres normalen Zustandes zusammensetzt, die durch die Erinnerung vereinigt werden; die andere, sogen. zweite Existenz, welche alle Perioden beider Zustände in sich fasst, d. h. ihres ganzen Lebens. In dem zweiten Zustande lassen die Handlungen der Kranken auf einen krankhaften Geisteszustand schliessen; zur ist ihr Wesen, welches von jeher eine Gemüthsdepression kundgab, gänzlich in das Gegentheil umgeschlagen. Der Zustand der Kranken unterscheidet sich auch von den Fällen, die *Mackisch* (Mental Physiology) und von anderen, die *Forbes Winslow* (Obscure Diseases of the Brain. 1863) u. a. mittheilen [1]). Alle diese Zustände, auch obiger Fall, nähern sich mehr oder weniger dem Somnambulismus. In gerichtsärztlicher Beziehung ist

…ben, so viel mir bekannt, eine gewisse, wenigstens …t mit dem *Azam*'schen: einer von *Schröder van der* … der Geisteskrankheiten. Braunschweig, 1863. p. 51), … *Forbes Winslow* (l. c. p. 382) mitgetheilt wird. … des menschl. Denkens. Hannover, 1872

der Fall von Interesse. — Der Verf. versucht schliesslich eine somatische Erklärung dieses krankhaften Zustandes zu geben und findet ihn begründet in einer Verminderung des Blutzuflusses zu dem Theile des Gehirnes, der Sitz des Gedächtnisses ist; die momentane Zusammenziehung der Gefässe, die dieser Verminderung zu Grunde liegt, werde durch Hysterie bewirkt (? *R.*).

Hospital (Clermont-Ferrand), über freiwillige Verbrennungen bei Irren. — Nach einer historischen Einleitung über die Seltenheit der Verbrennungen zu selbstmörderischen Zwecken, theilt der Verf. 5 Beobachtungen von Todesfällen durch freiwillige Verbrennung mit; nur in 3 Fällen war Irresein zu constatiren, in den beiden anderen scheint das Motiv Verzweiflung gewesen zu sein. In 2 Fällen war ein hallucinatorischer Trieb vorhanden; in dem anderen einfacher Entschluss zu sterben und Wahl dieser schrecklichen Todesart bei Mangel an anderen Mitteln. Melancholie und religiöser Wahn waren in 3 Fällen die Motive zur That. Bei der Seltenheit der freiwilligen Verbrennungen lassen sich keine Vorzeichen dazu bestimmen.

Cl. Gallopain (Ville-Evrard), über Dysphasie in der Paralysie générale progressive. — Der Verf. dieser, mit dem Preise Esquirol gekrönten Arbeit braucht für die Ausdrücke „erschwertes Sprechen", „Sprachstörung" etc. in der Paralysie génér. die griechische Bezeichnung „Dysphasie", weil dieselbe besser die Mühe und Anstrengung der Kranken beim Sprechen bezeichne. Mit *Bouillaud* nimmt der Verf. an, dass die Dysphasie von einer Incoordination der beim Sprechen nothwendigen Muskelbewegungen abhängt; er stellt jedoch eine eigentliche Paralyse der Zunge in Abrede. Der Sitz der Störung befindet sich im Centrum der coordinirten Bewegungen für die Sprache, im Bulbus der Medulla (Bulbärparalyse), vorzugsweise in den Corpora restiformia (4. Ventr.), wo der Hypoglossus und Fascialis ihren Ursprung nehmen; *G.* bezeichnet die Störung als „Ataxia lingualis et labialis". Er stützt seine darauf bezüglichen Erfahrungen auf 65 Fälle von Paral. génér. der verschiedensten Perioden. In 16 Autopsieen fand *G.* constant Veränderungen im Bulbus, auf dem Boden des 4. Ventrikels; diese Veränderungen beziehen sich auf das Ependyma, die Gefässe und die Nervensubstanz und bestanden hauptsächlich in einer sehr intensiven Gefässentwickelung, einer Zellenwucherung und einer Destruction der grauen Zellen der Ursprungskerne des Hypoglossus und Facialis. — Die labiale Ataxie besteht darin, dass einer Bewegung der Lippen, die eine bestimmte Richtung und einen eben solchen Umfang hat, eine Reihe von unwillkürlichen Bewegungen vorhergeht und namentlich folgt; diese unwillkürlichen Bewegungen haben dieselbe Richtung wie die willkürlichen, aber fast stets einen geringeren Umfang; sie äussert sich hauptsächlich beim Sprechen, allein zuweilen auch bei der Mastikation, der Anstrengung den Mund zu öffnen und bei Schmerzempfindungen. Je nach den verschiedenen Stadien der Paral. génér. sind verschiedene Grade der labialen Ataxie vorhanden;

im ersten Stadium sind nur fibrilläre Zusammenziehungen der Lippen zu bemerken, die sich auch vorzugsweise im dritten Stadium wiederfinden; das zweite Stadium ist das charakteristische für die in Rede stehende Störung. In der Zungen-Ataxie (linguale Ataxie) bestehen dieselben Störungen für die Zunge. Beide Ataxieen sind nicht stets in gleichem Grade vorhanden, auch kann jede für sich allein bestehen. Die Parese der Zunge unterscheidet sich von der Ataxie dadurch, dass der Kranke bei jener im Bestreben die Zunge ausserhalb des Mundes zu halten, bedeutende und anhaltende Anstrengungen machen muss; bei der Paralyse der Zunge im 3. Stadium kann die Spitze der Zunge kaum bis an die untere Zahnreihe gebracht werden. — Die Dysphasie ist die natürliche Folge der labialen und lingualen Ataxie; die Sprache der Kranken kann folgende Störungen darbieten: 1) unvollständige Aussprache einer Silbe; 2) Ueberspringen einer Silbe; 3) unvollständiges Wiederholen einer Silbe; 4) vollständiges Wiederholen einer Silbe; 5) plötzliches Anhalten der Sprache im Augenblicke, wo eine Silbe ausgesprochen werden soll; 6) Stocken der Sprache; 7) ausserordentlich langsame und gleichförmige Aussprache; 8) Stummsein. — Palliativmittel gegen die Dysphasie sind von Seiten der Kranken: langsame Aussprache und Verminderung der Grösse der Bewegungen, die durch Lippen und Zunge bewirkt werden; letzteres erreichen die Kranken dadurch, dass sie die Zahnbögen näher als gewöhnlich zusammenhalten.. Die Dysphasie folgt ganz denselben Phasen, wie die anderen Symptome der Paral. génér.; so kann sie auch in den Remissionen derselben vollständig verschwinden. (Forts. folgt.)

Sizaret (Fain), gerichtsärztl. Gutachten über den Geisteszustand eines Individuums, das Versuche zur Brandlegung und Selbstmord gemacht hatte; der Angeklagte ist nicht irre, sondern simulirt; in Folge von Convulsionen in seiner Jugend (er ist hemiplegisch) und von Missbrauch alkohol. Getränke sind seine moralischen Gefühle abgestumpft und ist er zu gefährlichen Impulsen geneigt; seine Verantwortlichkeit ist deshalb begrenzt. Verurtheilung zu 20 Jahren Zuchthaus. Ein dissentirendes Gutachten ist beigefügt.

In den Sitzungen der Soc. méd. psycholog. wird die folie raisonnante weiter besprochen.

Septemberheft. — *P. Despine* (Marseille), über die Rolle der Psychologie in der Lehre vom Irresein. Die Aufgabe, die sich *D.* stellt, ist, den Beweis zu liefern, dass in der Irreseinsfrage die Psychologie, die eine Naturwissenschaft ist, ebenso wie die Pathologie betheiligt ist und dass die erstere, weit entfernt die legitimen Rechte der anderen zu behindern, dieser nur einen günstigen Stützpunkt verleihen kann. Der Verf. hat diese Idee weiter ausgeführt in seinem Werke „Sur la folie étudiée au point du vue psychologique", einer natürlichen Geschichte der psychischen Aeusserungen im Zustande der Vernunft und im Irresein.

Gallopin, über die Dysphasie. (Forts. u. Schluss.) — *G.* hält die Dysphasie, also die Lippen- und Zungenataxie, für ein pathognomisches

Zeichen der Paral. génér. progress.; man könne sie genau von allen anderen Sprachstörungen (z. B. vom Stottern, von den Sprachstörungen in hemiplegischen Zuständen, bei Gehirnerweichung, in der Chorea etc.) unterscheiden. — Den Schluss der interessanten Abhandlung bilden 25 ausgewählte Beobachtungen der in Rede stehenden Störung aller Grade der Paral. génér., davon 3 mit Autopsieen.

H. Bonnet (Roche-Gandon, Mayenne), Fragen bezüglich der Art. 14, 20, 29, 30 u. 31 des Irrengesetzes v. 30. Juni 1838. — Durch Beispiele sucht der Verf. zu beweisen, dass das Publikum sich niemals hat angelegen sein lassen, das Irrengesetz seit den 40 Jahren seines Erlasses gründlich kennen zu lernen und dass alle administrativen Rundschreiben nirgendwo durchdringen. Diese Vernachlässigung liegt nach dem Verf. nicht an der Wissenschaft, die seit 80 Jahren gearbeitet und gesucht hat, das Publikum aufzuklären, sondern an ganz anderen, meist socialen Verhältnissen der Jetztwelt.

Die Société méd.-psychol. beschäftigt sich mit der Forts. der Besprechung der physischen Symptome der folie raisonnante.

Die Journal-Revue bringt u. a. Auszüge aus dem Corresp. Bl. (1874), dem Irrenfreund, *Virchow*'s Archiv (Elischer Veitstanz).

Novemberheft. — *P. Despine*, Fall einer acuten Hysterie beim Manne. — Der Verf. reiht diesen Fall, der in seiner acuten Form selten ist, an einen anderen, den die Gaz. méd. vom 4. Dec. 1875 mittheilte. Er betrifft einen noch jungen Mann, der in Folge eines Petroleumbrands plötzlich von heftigen Convulsionen befallen wurde. Diese Anfälle dauerten fort und zeigten sich in 3 Formen: als somnambuler Schlaf, als Convulsionen mit und ohne Bewusstsein. Die Krankheit ging innerhalb 8 Monaten allmälig in Genesung über. Kalium und Natrium bromat., Seebäder und kalte Douchen waren die Hauptmittel.

Aus der Klinik des Dr. *H. Bonnet* theilt *Biaute* einen Fall von Fraktur des Humerus bei einem an Paral. génér. leidenden Individuum mit, die nach 6 Tagen den Tod herbeiführte. Die Veranlassung des Bruches war ein unbedeutender Fall. Die eigenthümlichen Befunde dieses complicirten Bruches, welche die Autopsie nachwies (fettige Entartung der Knochen?), werden auf die Paral. bezogen.

M. Simon (Blois), die Einbildungskraft im Irresein, eine Studie über Zeichnungen, Pläne, Beschreibungen und Anzüge der Irren. — Der Verf. nennt *Brierre de Boismont*, *Morel* und *Trélat* als solche, die sich vorzugsweise mit literarischen Erzeugnissen der Irren befasst haben; in der neuesten hat *F. Tardieu* († 1878) in seiner gerichtsärztlichen Abhandlung über das Irresein den Zeichnungen der Irren eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Wenn der Letztere behauptet, der Irre zeichne im Allgem. nicht wie der Nichtirre, so geht *S.* noch einen Schritt weiter, indem er aus der Zeichnung eines Irren die Form des Irreseins, womit derselbe behaftet, oft erkennen will. Der Verf. will sich aber nicht blos mit den Zeich-

nungen von Irren, sondern auch mit anderen künstlerischen Entwürfen und mit den Anzügen gewisser Irren beschäftigen. Unter den verschiedenen Formen des Irreseins sind es die chronischen Zustände, die mit partiellen Wahnideen, mit Verfolgungswahn allein oder gemeinschaftlich mit Megalomanie Behafteten, welche den meisten Stoff in den angezogenen Beziehungen liefern. Die künstlerischen Darstellungen der an Verfolgungswahn Leidenden bieten einen besonderen, mit der Wahnform in Einklang stehenden Charakter dar; gewöhnlich sind es wahre Darstellungen, kleine Compositionen, in denen die Kranken ihr Unglück, ihre Marter, Verfolgung etc. abbilden; zuweilen stellen sie nur Sinnbilder dar: Löwe, Wage, die Symbole der Kraft und Gerechtigkeit; Arche mit Taube, die der Befreiung etc.; andere Zeichnungen dieser Irren zeigen einen abweichenden Charakter, der in's Bizarre und Ungeheuerliche geht: besondere Arten von Menschen, Thieren etc. — Die Zeichnungen der Kranken, die an chronisch-maniakalischen Zuständen leiden, zeichnen sich meist durch höchst complicirte Linien und die grellsten und unwahrscheinlichsten Farben, ferner durch unbekannte Monstrositäten aus; zuweilen sind die Zeichnungen aber sehr sorgfältig und vollendet ausgeführt, namentlich wenn es sich nur um Wiederholung desselben Gegenstandes handelt. — Durch die Art des Anzugs der Irren unterscheiden sich die einzelnen Formen ihrer Krankheit sehr von einander; der Anzug des Maniacus ist excentrisch, bizarr und sehr veränderlich; der ehrgeizige Monomane kostümirt sich mehr nach seinen ehrgeizigen Ideen; das Kostüm ist nicht so „narrenhaft", wie bei dem Maniacus; der Schwachsinnige legt Flitterstaat an, den er für sehr kostbar hält; dasselbe gilt vom paralytischen und Greisen-Schwachsinn. — Die Zeichnungen der Megalomanen, welche an partiellen Wahnvorstellungen leiden, sind sauber ausgeführt; sie stellen meist Pläne von Palästen, Cathedralen, Gärten etc. dar und haben Aehnlichkeit mit denjenigen der chronischen Maniakalen mit Vorherrschen ehrgeiziger Vorstellungen. Von den Zeichnungen der Megalomanen unterscheiden sich die der an Paralysie génér. leidenden Kranken; obgleich sie meist mit Grössenwahn behaftet sind, so bilden ihre Darstellungen den grössten Contrast zu ihren Vorstellungen: der Palast, den der Paralytiker schildert, ist noch etwas Denk- und Fassbares, wogegen die Zeichnung desselben durchaus nichtig und erbärmlich ist; ausserdem sind diese Zeichnungen meist beschmutzt. — In den psychischen Schwächezuständen hängt es von dem Grade der Erkrankung ab, wie die Zeichnungen ausfallen; in den ersten Stadien tragen dieselben den Charakter des Kindlichen, Naiven; in den vorgerückteren Stadien haben sie mehr einen unbedeutenden und unzusammenhängenden, wandelbaren Charakter. — Zuletzt bespricht der Verf. die künstlerischen Bestrebungen der Blödsinnigen; sie sind kindisch und beschränken sich auf Nachbildungen von gesehenen Gegenständen, die oft kleinlich-exact und ohne alle Perspective sind, gerade so, wie die Kinder zeichnen. — Der Verf. macht schliesslich noch die allgemeine Bemerkung, dass die Zeichnungen der Irren oft obscön sind; es scheint, dass hauptsächlich die an

Verfolgungswahn und an psychischen Schwächezuständen Leidenden zu solchen Zeichnungen besonders hinneigen. — Eine Menge Beobachtungsmaterial wird ausführlich mitgetheilt.

Taguet theilt seine Erfahrungen in Ville-Evrard über das von *Ponzer* empfohlene farbige Licht bei der Behandlung des Irreseins mit (vergl. Januarheft); dieselben lauten keineswegs günstig für das blaue Licht, dem ein Paralytischer mit tobsüchtiger Aufregung, ein Tobsüchtiger, eine hysterische Dame u. A. ausgesetzt wurden und zwar ohne allen günstigen Einfluss. *T.* führt an, dass das blaue Licht ein Gefühl von Beklemmung, aber keine Einschläferung bei seinen Kranken zu Wege gebracht.

Ein gerichtsärztliches Gutachten von *Combes* (St. Gemmes sur Loire) betrifft einen mit Melancholie, Verfolgungswahn und Hallucinationen behafteten Irren, der einen Mordversuch begangen. Der Anstalt im J. 1870 zugewiesen, wird das Krankenjournal bis 1876, wo der Schwachsinn begann, mitgetheilt. Mittheilungen über die späteren Zustände irrer Detinirten sind selten, aber in mehr denn einer Beziehung wichtig.

In der Sitzung der Société méd.-psychol. vom 31. Juli 1876 fand eine längere Discussion über die „Agoraphobie der Deutschen" (*Cordes*, *Westphal*) Statt, welche Irreseinsform in Frankreich bis 1873 nicht beschrieben war; in dem gen. Jahre veröffentlichte *Perroud* im „Lyon médical" eine sehr schätzenswerthe Arbeit darüber. An der Discussion betheiligten sich *Legrand du Saulle*, *Falret*, *Dagonet*, *Delasiauve* und *Fournet*; mit Ausnahme des Letzteren, der die Störung für eine rein psychologische Affection hält, neigen sich die Ansichten der Uebrigen dahin, dieselbe mit den Deutschen für eine Krankheit, eine Neuropathie zu erklären, die vom klinischen und nicht vom rein psychologischen Standpunkte aus aufzufassen sei.

Reumont.

Die periodischen Psychosen. Eine klinische Abhandlung von Dr. *Ludwig Kirn*. Stuttgart bei Friedrich Enke. 1878. S. 114.

Es sind nach unserer Ansicht keine wesentlich neuen Thatsachen, welche der Verfasser der vorliegenden Abhandlung zur Aetiologie, Symptomatologie etc. der periodischen Seelenstörungen auf Grund seiner Beobachtungen gefunden hat und dem Leser vorführt. Was er uns über die Entstehung, den Verlauf, die Vorhersage und die Behandlung dieser hochinteressanten Form der Geistesstörung mittheilt, ist im Wesentlichen schon von früheren Autoren hervorgehoben worden. So bietet das neueste Handbuch der Psychiatrie von *Schüle* unter seinem reichen Inhalte auch eine eingehende Beschreibung der periodischen Psychosen dar, welche in mancher Beziehung eine unverkennbare Aehnlichkeit mit der Arbeit *Kirn*'s aufweist; eine Aehn-

lichkeit, welche selbstverständlich bei dem gemeinschaftlichen Boden der Anstalt zu Illenau, auf welchem beide Autoren ihre Beobachtungen gemacht haben, nicht befremden kann. Bei *Schüle* sowohl als *Kirn* findet sich der Kranke, welcher seinen periodischen Anfall von Manie damit einleitet, dass er den Hut mit einem Federchen schmückt und die 19. Beobachtung der *Kirn*'schen Monographie mit ihrer auf vorzeitiger Nahtsynostose beruhenden Schädeldifformität wird auch von *Schüle* ausführlicher mitgetheilt. Der Werth der Abhandlung *Kirn's* scheint mir hauptsächlich in der anerkennungswerthen Leistung der Verfasser zu beruhen, das bereits gesammelte Material und seine eigenen relativ zahlreichen Beobachtungen zu einer klaren und übersichtlichen Darstellung der gesammten Krankheitsbilder und zur Aufstellung gut abgegrenzter Gruppen benutzt zu haben.

Nach einem kurzen geschichtlichen Ueberblick wendet sich *Kirn* zur allgemeinen Pathogenese seines Gegenstandes. Die von ihm hervorgehobene Nothwendigkeit, das Vorkommen periodischer Psychosen beweisen zu müssen, dürfte kaum noch bestehen. Uns wenigstens scheint diese Form der Alienation bereits ihr volles psychiatrisches Bürgerrecht erworben zu haben. Ist sie ja erst noch in neuerer Zeit auf der Jahressitzung des Vereins deutscher Irrenärzte in Nürnberg von verschiedener und gewichtiger Seite zur Aufnahme in die Zählblättchen empfohlen worden. Als periodische Psychosen sind nach *Kirn* solche anzusehen, welche auf einen dauernd pathologischen Zustand beruhend, nur in gewissen, bald mehr, bald minder regelmässigen Zeiträumen mit charakteristischen Krankheitsfällen in Scene treten, während in den Zwischenzeiten nur leichte, oft sehr geringgradige, psychische oder nervöse Veränderungen an den Fortbestand des krankhaften Zustandes erinnern. Zur Feststellung der Diagnose hat man also sein Augenmerk einmal auf die Intervalle und zweitens und hauptsächlich auf die Beobachtung der Anfälle selbst zu richten. Es folgt nun ein Versuch die räthselhaft erscheinende Thatsache so weit als möglich verständlich zu machen, dass die einzelnen Anfälle, selbst nach mehrmonatlicher Pause, stets wieder die gleichen Krankheitsbilder liefern oder, wie *Kirn* sich ausdrückt, photographische Abbilder der früheren sind. Aehnlich wie bei den gesunden Menschen die zahlreichen Vorstellungen, welche in sein Bewusstsein übergegangen sind, nicht verloren gehen, sondern nur zeitweise zurücktreten, um bei passender Gelegenheit sich wieder in den Vordergrund zu drängen, so sind auch die Elemente der Anfälle während der freien Zeit dem Bewusstsein nur entrückt aber noch im Gehirn aufgespeichert und vermögen, auf bestimmte centrale oder periphere Veranlassungen hin, plötzlich wieder aufzutauchen und in der früheren Reihenfolge zu verlaufen.

Die Eintheilung der in Anfällen auftretenden Psychosen geschieht nach 3 Gesichtspunkten, den ursächlichen Bedingungen, der Dauer und dem Inhalte. Demnach unterscheidet *Kirn*

I. Die ächten, d. h. direct central bedingten periodischen Psychosen:

1) Solche mit langen Anfällen.

a) Periodische Manie.
b) Periodische Melancholie.
c) Periodische cyklische Psychose.
2) Solche mit kurzen Anfällen.

II. Secundär ausgelöste in Anfällen verlaufende Psychosen.

Im speciellen Theil folgt nun die eingehende Beschreibung der einzelnen Unterabtheilungen. Als besonders hervorzuhebende allgemeine Charaktere der Typosen mit langen Anfällen gelten folgende. Zumeist erkranken erblich belastete Gehirne unter dem Einfluss der Pubertät, an deren Stelle auch das Klimakterium treten kann, während Ersetzung der erblichen Belastung durch andere Constitutions-Anomalien, psychische Einflüsse etc. selten ist. Die Anfälle zeigen selten für den Gesammtverlauf eine gleiche Dauer, häufig findet sich eine Neigung zur Verlängerung der Paroxysmen. Charakteristisch ist auch der rasche Beginn und ebenso rasche Abfall der Anfälle. In den intervallären Zeiten finden sich weniger qualitative Veränderungen der gemüthlichen und geistigen Sphäre als solche quantitativer Art (Abnahme der Intelligenz, reizbare Schwäche u. s. w.). Rücksichtlich der Häufigkeit der einzelnen Unterarten schliesst sich *Kirn* der allgemein gültigen Annahme an, indem auch nach ihm die periodische Manie in dieser Beziehung die erste Stelle einnimmt, die periodische Melancholie dagegen zu den seltensten Formen gehört.

Die zweite Unterabtheilung der central bedingten periodischen Psychosen, diejenige der kurzen Anfälle, unterscheidet sich ausser der kürzeren Dauer auch noch in mancher anderen Beziehung von der vorigen Gruppe. Schon in ätiologischer Hinsicht ist hervorzuheben, dass die Heredität bei ihr eine geringere Rolle spielt. Sie sind weiter an kein bestimmtes Lebensalter vorzüglich gebunden und auch qualitative durch weit schwerere Störungen des Bewusstseins, grössere Erregung und intensivere motorische Entladung ausgezeichnet. Endlich bieten sie eine entschieden günstigere Vorhersage als die Typosen mit langen Anfällen.

In einem gewissen Gegensatze zu diesen immanenten Typosen stehen die secundär ausgelösten Psychosen mit periodischer Wiederkehr. Bei ihnen handelt es sich nicht um eine direct vom Centralnervensystem ausgelöste Symptomenreihe, vielmehr bedarf es jedes Mal eines excentrischen organischen Factors, um auf dem Wege der Nerven- und Blutbahnen das allerdings krankhaft angelegte Gehirn zur Auslösung eines Anfalls anzuregen. Diese Formen zeigen Aehnlichkeit mit den reflectorisch ausgelösten epileptischen Anfällen und können nach dem Vorgange *Köppe's* auch als Reflexpsychosen bezeichnet werden. Ueberwiegend sind auch hier die maniakalischen Zustände. Unter den ätiologisch wirkenden Momenten sind als die häufigsten zu erwähnen: Uterinleiden, Menstruation, Herzleiden mit Fluxionen zum Kopfe, Schwellung der Schilddrüse, welche Stauungshyperämien im Gehirn hervorruft u. s. w. Auch der bereits erwähnte Fall von Schädeldifformität gehört hierher. Die Prognose dieser Formen ist verhältnissmässig günstig

und richtet sich nach der Möglichkeit, die peripheren Bedingungen zu entfernen oder nicht. In Betreff der bei sämmtlichen Typosen sowohl die Anfälle als auch die freien Zeiten begleitenden somatischen Erscheinungen — Veränderungen der Circulation, Verhalten der Pupillen, trophische Störungen u. s. w. — muss auf das Original verwiesen werden. Das letzte Blatt ist der Therapie gewidmet. Der Verfasser hat in einzelnen Fällen nach langer und planmässig fortgesetzter Anwendung einer Opium- und Morphiumtherapie Heilung eintreten sehen. Auch symptomatisch leistete diese Methode noch das Meiste.

Dies in Kürze der Inhalt der *Kirn*'schen Schrift. Ob die von ihm mit unverkennbar kritischem Scharfsinn aufgestellte Eintheilung in ihrer reichen Gliederung sich einen bleibenden practischen Werth erwerben wird, scheint mir nach meinen Beobachtungen nicht ausser allem Zweifel zu stehen. *Kirn* selbst macht an verschiedenen Stellen auf die Schwierigkeiten aufmerksam, welche in manchem concreten Falle für die Zutheilung zu einer bestimmten Gruppe sich herausstellen. So hebt er hervor, dass der genetische Gesichtspunkt, nach welchem er seine beiden Hauptabtheilungen aufgestellt hat, sich in vielen Fällen weder nach der einen noch der anderen Seite hin mit Sicherheit entscheiden lässt und wirkliche Uebergangsformen vorkommen, d. h. Fälle, welche neben einer centralen Ursache auch durch periphere Veränderungen der Körper beeinflusst werden. Als die berechtigsten Factoren für die Aufstellung der verschiedenen Unterabtheilungen sind wohl Dauer und Inhalt der einzelnen Paroxysmen zu betrachten, obwohl auch hier Fälle nicht selten sind, welche entweder in quantitativer Hinsicht einen regellosen Verlauf zeigen oder bei welchen die verschiedenen Anfälle nicht immer ganz gleiche photographische Abbilder darbieten. Das letztere Verhalten tritt zuweilen auch für die freien Zeiten hervor. So bot ein Kranker unserer Anstalt mit periodischer Manie mit langen Anfällen in den Intervallen nicht blos eine quantitative Veränderung seines intellectuellen Vermögens, sondern auch der Inhalt seiner Vorstellungen erschien gefälscht, indem er Wahnideen mit dem Charakter des Verfolgungswahns vorbrachte.

Für statistische Zwecke — wenigstens insofern es sich um die Zählblättchen unserer Anstalten handelt — ist die Gruppirung *Kirn*'s wohl nicht als geeignet zu betrachten. Dafür ist sie zu detaillirt, so dass bei ihrer Anwendung einmal das Material zu sehr zersplittert und zweitens bei der Seltenheit einzelner Unterabtheilungen sich keine für eine Vergleichung genügend grosse Zahlen ergeben würden.

In Betreff der Therapie möchten wir dem Bromkalium, dessen nicht ungünstige Wirksamkeit der Verfasser nur für die periodischen Menstrualpsychosen hervorhebt, auch für einzelne Fälle von central bedingten Typosen das Wort sprechen. So sahen wir bei einer an periodischer Manie mit Melancholie leidenden klimakterischen Dame, sofern diese noch rechtzeitig zum Einnehmen bewogen werden konnte, sich nicht nur häufig den Paroxysmus hinausschieben, sondern auch einen milderen Verlauf desselben eintreten.

Die ähnliche Beobachtung konnten wir an einem periodischen Maniacus machen. Die nicht seltene günstige Beeinflussung der Morphiuminjectionen können wir ebenfalls bestätigen. In einem Falle haben wir ausserdem in der letzteren Zeit eine Milderung des Verlaufes durch Einspritzung von Extract. Secal. cornut. eintreten sehen. Derselbe hatte sich nach und nach aus dem Typus von Manie mit Melancholie mit langen Anfällen in einer solchen mit sehr kurzen Perioden verwandelt, der Art, dass häufig der Uebergang aus einer Form in die andere sich innerhalb 24 Stunden vollzog. Unter der Anwendung des Ergotin ist allerdings keine vollständige Heilung eingetreten, aber die tobsüchtigen Erregungen sind wesentlich milder geworden, äussern sich nur noch durch vieles und lautes Sprechen, während das früher beobachtete wüste Lärmen, Zerreissen der Kleider, Sich-Entkleiden und Schmieren zurückgetreten sind. *Claus* in Sachsenberg.

Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in das Studium der Geistesstörungen von Dr. *H. Emminghaus.* Leipzig, F. C. W. Vogel. 1878.

Noch bis vor Kurzem war es verbreitete Ansicht, dass der Zeitpunkt für die Abfassung eines umfassenden Werks über Psychiatrie bei dem unfertigen Zustand der in allerhand Fragen und Hypothesen befangenen Wissenschaft ein wenig günstiger sei.

Das Erscheinen eines Lehrbuchs würde ein Ereigniss gewesen sein, und es kamen oder kommen noch — sechs!

Völlig herausgekommen sind *Blandford* (in der Uebersetzung von Dr. *Kornfeld*), *Schüle*, in der ersten Lieferung seiner Vorlesungen über Psychiatrie erschienen, *Dittmar* und unter der Presse befindlich *Krafft-Ebing* und *Meynert*. Eine ebenfalls bevorstehende neue Auflage des *Leidesdorf*'schen Lehrbuchs würde mit der Allgemeinen Psychopathologie von *Emminghaus* die Zahl der neugebotenen psychiatrischen Lehr- und Handbücher auf sieben steigern. Gewiss ein reiches Material, dessen Vergleichung das höchste Interesse erregen muss! —

Der Verfasser vorliegenden Werkes ist sich der Schwere seiner Aufgabe wohl bewusst. Es galt einen Ueberfluss von Einzelarbeiten, in welche die psychiatrische Forschung sich zersplittert hatte, zu sondern und mit der Uebersichtlichkeit zusammenzustellen, welche ein propädeutisches Lehrbuch in erster Linie verlangt.

Diesem Zweck einer klaren Darstellung des Wesentlichen wird das Buch völlig gerecht. Es kann nicht in der Absicht liegen, auf den Inhalt näher einzugehen, es muss aber anerkannt werden, dass der Verf. das massenhafte und theilweise noch recht unhandliche Material bemeistert hat. Das Buch bietet nun vorerst eine kurze allgemeine Nosologie. Ein glücklicher Griff

war es dann, in der allgemeinen Symptomatologie die einzelnen Erscheinungen dem Anfänger durch Einstreuen kurzer Krankengeschichten zu verdeutlichen. Die Darstellung wird dadurch lebhafter und die Umrisse verschärft.

Ein sich durch dieses Capitel hindurchziehender Gedanke liegt in der Absicht, die Erscheinungen psychischer Anomalie dadurch zu unterscheiden, dass dieselben in ihrem Verhalten gegenüber den psychischen Elementarvorgängen, Verstärkung resp. Verminderung der Gefühle, des Vorstellens und Wollens studirt werden. In recht belebender Weise wird dabei an verschiedenen Orten ein anthropologischer Ausblick auf die „culturhistorischen Aequivalente", die der Alienation des Individuum entsprechenden gleichartigen Zustände in der Entwickelung der Völker und Nationen eröffnet. Es ist diesem Gesichtspunkt ein besonderer anregender Abschnitt des Buchs gewidmet. Der Schwerpunkt des Werks liegt in der Darstellung der allgemeinen Symptomatologie. Verf. unterscheidet erstlich die einfachen Symptome der Gefühlsanomalien, der psychischen Lust und Unlust, unter welche sich die gewöhnlichen Stimmungsbilder der Psychosen zwanglos vertheilen. Unter combinirten Gefühlsanomalien und Gefühlsperversitäten werden Stimmungswechsel- und Mischung, Leutseligkeit, Gemüthsstumpfheit etc. behandelt. Der Wichtigkeit ihrer Erscheinungen entsprechend ist die Gruppe der Illusionen und Hallucinationen besonders eingehend dargelegt; diese fällt unter die Anomalien des Vorstellens, speciell unter die der gesteigerten Erreglichkeit der Phantasie.

Auch die Anomalien im Verlaufe der Association der Vorstellungen lösen sich nach der Eintheilungsweise des Verfassers vom Gesichtspunkt einseitiger Erleichterung (krankhafte Fragesucht, Zwangsvorstellungen), allgemeiner Erleichterung (Excentricität, Ideenflucht, Verworrenheit), Erschwerung des Verlaufs und schliesslich Störung desselben (fixe Wahnvorstellungen) einfach auf. Die Anomalien des Wollens, ebenfalls nach Steigerung resp. Abschwächung des Strebens und der Triebe behandelt, gestatten breit gesteckte Grenzen. Es fallen darunter die allgemeine Hyperthymie, der Trieb zu unruhiger Bewegung (Muskelgebrauch), die gesteigerte Begehrlichkeit auf Nahrung und Getränk (Alcohol), gesteigertes sexuelles Begehrungsvermögen und krankhafte Steigerung intellectueller Begehrung sowie die conträren Zustände.

Diesen einfachen Symptomen der Alteration psychischer Elementarvorgänge gegenüber werden unter psychopathischen Symptomencomplexen das allgemeine Delirium, Stupor, Schwankungen in der Helligkeit des Bewusstseins, Schlaflosigkeit, Schlafsucht und Bewusstlosigkeit unterschieden.

Ueber manche logische Folge dieser kurz skizzirten Eintheilungsweise darf man anderer Meinung sein, ohne dass damit dem Buche ein Unrecht geschähe; liegen doch factisch schon andere Eintheilungen auch Neuerer (*Dittmar*, *Schüle*) vor.

Erfreulicher Weise hat es der Verf. verstanden, in der allgemeinen

Diagnostik bezüglich des Schmerzenskindes der Psychiatrie, der Nomenclatur, jede Verwirrung zu vermeiden, und das allein ist schon verdienstlich. Er giebt in Kürze die älteren Eintheilungen in Manie, Melancholie, Wahnsinn etc. und deren wesentliche Kennzeichen an und stellt dagegen die neuere klinische Auffassung, von der er Jedermann überlässt anzunehmen, was er für geboten erachte. Den schwersten Stand hat das Buch in seinem letzten Capitel, der allgemeinen pathol. Physiologie gegenüber der noch ganz unfertigen, noch in allerlei Fragen schwebenden Lage der Wissenschaft. Doch wäre es Unrecht, dem Buche vorzuwerfen, dass es in diesem Capitel den augenblicklichen Zustand wiederspiegelt.

Das Buch liest sich leicht und gefällig; man darf es als eine willkommene Bereicherung unserer Literatur begrüssen, denn es füllt geradezu eine Lücke aus und wird ein schätzbares Rüstzeug in der Hand der psychiatrischen Tirones sein, welche sich nach dem jetzigen Stand unserer Disciplin in die Phänomene der Geistesstörungen einführen wollen.

Es ist ein Buch, welches man dem strebsamen Student, zumal aber dem „Volontairarzt" empfehlen wird zu lesen. Möge es tüchtige Psychiater heranbilden! *Jehn*-Grafenberg.

Handbuch der Geisteskrankheiten von Dr. *Heinrich Schüle*. Arzt der Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Illenau. Leipzig, 1878.

Ref. hält sich verpflichtet, den Lesern unserer Zeitschrift im Folgenden einen kurzen, möglichst rein objectiv gehaltenen Inhalts-Auszug dieses verdienstlichen Werkes unseres geschätzten Redactions-Mitgliedes vorzulegen. Es bildet dieses Werk den 16. Band des von Prof. Dr. *v. Ziemssen* in Verbindung mit einer ansehnlichen Zahl von Genossen herausgegebenen „Handbuchs der speciellen Pathologie und Therapie", und behandelt auf 732 Seiten sehr gründlich und mit sorgfältiger Benutzung aller neueren Ergebnisse der psychiatrischen Studien den im Titel angegebenen Gegenstand, indem er zugleich neue Gesichtspunkte eröffnet. Wie der Vf. die Aufgabe auffasst, welche er sich stellt, ist aus den ersten Worten der Einleitung erkennbar. „Die Lehre von den Seelenstörungen", heisst es hier, „umfasst die Abänderungen des normalen Seelenlebens durch organische Erkrankungen." Unter Verwerfung jener veralteten Ansicht, welche die Seele als ein vom Körper unabhängiges, für sich bestehendes Wesen im abgesonderten Gehirntheile, wie die Zirbeldrüse oder die Hirn-Ventrikel, verwies und mit Anerkennung des Ursprungs ihrer Thätigkeiten aus psycho-physischen, zweifellos auch chemischen Vorgängen innerhalb des gesammten Nervensystems geht der Vf. aus von der, wahrscheinlich bereits während des Fötus-Lebens, ob auch nur schwach und leicht, erwachenden Empfindung, einer Eigenschaft des gesammten

Nervensystems, die, angeregt durch die Sinnes-Reize zur Wahrnehmung sich entwickelt, mit den Gefühlen des Angenehmen und Widrigen verbindet und zu den psychischen Zuständen und Thätigkeiten des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Sprache, des Verstandes und der Vernunft ausbildet, zur Steigerung des Affects vorschreitet, das Bedürfniss entstehen und zum Wollen werden lässt und endlich durch ihren Einfluss auf das Muskel-System die Bewegungs-Anschauungen und das Handeln vermittelt. Diese Vorgänge sind in dem ersten Buche unserer Schrift geschildert unter dem Titel „Psychologische Einleitung“, — selbstverständlich nur nach ihren psychischen Erscheinungen, wie sie durch das Bewusstsein und ihre äussere Wirkung zu unserer Kenntniss gelangen, während die dem letzteren zum Grunde liegenden inneren Vorgänge, die physischen Veränderungen, welche die elementären Bestandtheile, die Moleküle der Nerven-Organe dabei erleiden, unserer Beobachtung bis jetzt unzulänglich bleiben und vielleicht für immer bleiben werden, abgesehen von den berechtigten Vermuthungen, nicht über die Art, sondern nur über die Vertheilung dieser physischen Vorgänge auf gewisse Theile des Nervensystems. Das 4. Kapitel dieses ersten Buches führt alsdann durch die Erwägung der Schwankungen, welche diese Vorgänge auf Anregung von verschiedenen Seiten her erleiden, zur Betrachtung der Abnormitäten in den psychischen Functionen, und zunächst zur allgemeinen Pathologie der Psychosen, welche in weiteren 14 Kapiteln auf 312 Seiten abgehandelt wird. Sie beginnt mit der Schilderung der Gefühls-Anomalie, welche, ausgehend von dem mildesten Wohl- und Weh-Gefühle eine Steigerung, eine Verminderung und eine Perversität des Fühlens herbeiführen, und in dieser letzteren, der Perversität, zu jenen noch unerklärten „Sympathien und Antipathien sich ausbilden kann, die sich der Vf. als krampfartige Zustände denkt und als „Convulsibilität“ bezeichnet. Hieran knüpft sich die eingehende Betrachtung der mannigfaltigen Störungen, denen die geistigen und die psychomotorischen Functionen des Nervensystems, das Denken und Handeln, — wozu auch die Kundgebung der Gedanken durch die Sprache gehört, — unterworfen sind, und welche übrigens niemals ohne Betheiligung der Gefühls-Sphäre auftreten, wie denn überhaupt die Geistesstörungen als „Krankheiten der Person“, d. h. des ganzen Menschen aufzufassen sind. Diese Betrachtung giebt ein hinreichendes Zeugniss von dem Fleisse, mit welchem der Vf. die Literatur der psychiatrischen Wissenschaft studirt hat, und von dem umsichtigen und reifen Urtheile, mit welchem derselbe ihren verschiedenen Phasen gefolgt ist. Davon wird sich der Leser, der ihn dabei begleitet, leicht überzeugen, während der dem Ref. zu Gebote stehende Raum diesen nöthigt, hier auf solche Begleitung zu verzichten und sich auf die Versicherung zu beschränken: dass der in Rede stehende Abschnitt unseres Werkes die Aetiologie und die Erscheinungs-Formen der dadurch erzeugten Abnormitäten mit Scharfblick und Treue schildert. Dasselbe gilt von dem historischen Ueberblick, welcher dem dritten, der speciellen Pathologie gewidmeten, Buche zur Einleitung dient.

Derselbe legt in kurzen, scharfen und klaren Zügen den Entwickelungsgang der Psychiatrie dar von ihrem hippocratischen Ausgangspunkte zunächst bis zu ihrer mittelalterlichen Stagnation und ihrer mit der Rückkehr zu jenem Ausgangspunkte erfolgenden Regeneration. Diesen Gang hat sie verfolgt trotz der kurzen Unterbrechung durch den Kampf der Psychiker (*Heinroth* und Genossen) gegen die Somatiker, welcher seine Lösung finden musste durch die Begründung des Satzes von der Abhängigkeit der sämmtlichen psychischen Functionen von physischen Vorgängen innerhalb des Nervensystems. — Es folgen nun die verschiedenen Eintheilungen der Psychosen je nach den Formen der Functions-Störungen und nach ihren Ursachen, d. h. nach den Störungen der verschiedenen Lebens-Processe, die entweder innerhalb des Nerven-Systems selbst auftreten oder von anderen Theilen des Organismus durch den Reflex auf jene hervorgerufen werden. Die Mittel zu dem Versuche, beiderlei Störungen zu begegnen und sie zu den normalen Lebens-Processen zurückzuführen, finden sich zusammengedrängt auf den 60 Seiten des letzten Capitels.

Wenn man sich schon von dem sorgfältigen Privatstudium dieses Werkes eine höchst befriedigende Belehrung über Entstehung und Wesen der Psychosen und die bis jetzt zu Gebote stehenden Mittel und Wege zu ihrer Bekämpfung versprechen darf, so wird seine volle Verwerthung erst eintreten, wenn die zur Zeit bereits angebahnte Aufnahme der Psychiatrie in den academischen Unterricht allgemein geworden sein wird. Dies lässt sich schon erwarten nach der in den Irrenanstalten gewonnenen practischen Erfahrung, dass, je früher die Psychosen einer sorgfältigen Beobachtung und geeigneten Behandlung theilhaft werden, desto näher die Wahrscheinlichkeit ihrer Heilung tritt. Ref. hat seiner Zeit die während des längeren Zeitraumes seiner Beschäftigung mit dieser Aufgabe gewonnene statistische Thatsache veröffentlicht: dass von 100 Geisteskranken, welche innerhalb der ersten drei Monate nach dem zu Tage Kommen der Psychose seiner Anstalt übergeben wurden, 70 und einige derselben sie genesen verliessen, während die in späterer Zeit nach der Erkrankung eingetretenen Kranken, wenn sie nicht ungeheilt entlassen werden mussten oder zurückblieben, einen weit geringeren Procentsatz von Geheilten abgaben. Hiernach lässt sich erwarten, dass die unter den Aerzten allgemeiner verbreitete genauere Bekanntschaft mit den Psychosen, ihren Ursachen, ihren ersten drohenden Symptomen und den Mitteln, ihrer Entwickelung entgegenzutreten, das in neuerer Zeit leider unverkennbare Wachsthum dieser nach mehreren Richtungen hin höchst unheilvollen Krankheitsgruppe werde herabdrücken können. *Fl.*

Vorlesungen über Psychiatrie für Studirende und Aerzte von Dr. *Carl Dittmar*. Erste Abtheilung. Bonn, Emil Strauss. 1878.

Was uns bewegt das vorliegende Buch, das nur einen Theil eines versprochenen Ganzen bildet, ohne dessen Vollendung abzuwarten, näherer Betrachtung zu unterziehen, ist der geheime Wunsch und die Hoffnung, dass dieser Torso, so wie er ist, erhalten bleibe. Es soll ja nicht geleugnet werden, dass eine klinische Disciplin wichtige praktische Gesichtspunkte hat, die sich wesentlich auf Diagnose, Prognose und Therapie beziehen, — Gesichtspunkte, welche mit der eingehendsten Würdigung der Krankheitssymptome und deren Verlauf zusammenfallen. Wenn wir trotz alledem dem speciellen, klinischen Theile des *Dittmar*'schen Buches mit Befangenheit, fast mit Besorgniss entgegensehen, so liegt dies in der besonderen Werthschätzung, die wir der Grundlegung der wissenschaftlichen Psychiatrie, wie sie in dem uns beschäftigenden Buche mit dem ganzen Ernste wissenschaftlicher Forschung niedergelegt ist, entgegen bringen. Nicht die Zahl der hingestellten Gesetze, auch nicht deren unbestreitbarer oder strittiger Werth, deren Brauchbarkeit bei Beurtheilung der klinischen Erscheinungen, lässt uns *Dittmar*'s Buch mit aufrichtiger Freude begrüssen; sondern der vorsichtige, ganz naturwissenschaftliche Criticismus, dem die allgemeine Annahme nicht gleichbedeutend mit erwiesener Wahrheit ist; das eindringliche Suchen nach dem geistigen Bande, das die Theile zusammenzuhalten vermöchte; der einheitliche Guss, aus dem das Ganze gearbeitet ist und der einen Blick verräth, der weit über die Grenzen des Fachstudiums hinausgeht. Und gerade aus des Autors eigenen Darlegungen schöpfen wir die Berechtigung der Zweifel an der erfolgreichen klinischen Verwerthung seiner streng methodischen Behandlungsweise. Doch fällt das keineswegs der Methode zur Last, von deren alleinigen Gültigkeit wir ebenso überzeugt sind, wie der Autor; sondern der Unfertigkeit der psychophysischen Untersuchung und Complicirtheit des zu bewältigenden Materials. Ueber das schwierige Anfangsstadium hilft jedoch nur die consequent fortgesetzte Anwendung des einzigen exacten Forschungsmodus in der Psychiatrie hinweg, der die Gesetze pathologischer psychischer Vorgänge aufzudecken bestrebt ist.

Wir wollen nicht versuchen, den Inhalt von *Dittmar*'s Vorlesungen in den engen Rahmen eines kurzen Referates zu zwängen, weil wir fürchten müssen, dem Verständnisse derselben Abbruch zu thun und skizziren nur in breiten Zügen den Gang seiner Untersuchungen.

In der ersten, einleitenden Vorlesung wird das Gebiet der Psychiatrie bestimmt als das der Erkennung und Heilung der krankhaften Hirnveränderungen, deren Symptome in Störungen der psychischen Thätigkeit bestehen. Hierbei gelten die Voraussetzungen: Alle psychischen Störungen

sind mit materiellen Störungen der Theile verknüpft, welche den Sitz des psychischen Geschehens bilden; diese Störungen sind, sowie die Vorgänge des psychischen Geschehens überhaupt als „Bewegungsvorgänge" aufzufassen und sind endlich die den Bewegungszuständen qualitativ und quantitativ entsprechende Bewusstseinszustände anzugeben. Hier wird die Zusammengehörigkeit der psycho- und neuropathischen Erscheinungen nachdrücklichst betont und auf das Studium des inneren Zusammenhanges der krankhaften Erscheinungen, als auf ein Postulat psychiatrischer Forschung verwiesen.

Die zweite Vorlesung erklärt die Phänomene des Bewusstseins als Functionen der Grosshirnrinde und lässt die Frage ob „qualitativ bestimmte psychische Functionen an bestimmte Bezirke der Gehirnrinde gebunden sind" in Schwebe. Der durch die Gewohnheit liebgewordenen und mit historischen Ansprüchen auftretenden Unterscheidung elementarer psychischer Vorgänge zu entsprechen, sieht sich *Dittmar* genöthigt, die Lehre von den specifischen Energien der Sinne auch auf die Cerebralsubstanz zu übertragen und „so viel specifische Substanzen am Sitze des Bewusstseins vorauszusetzen, als es qualitativ verschiedene elementare psychische Zustände giebt". Eine Ansicht, die uns das ohnehin complicirte Gebiet in in opportuner und ungerechtfertigter Weise noch mehr zu compliciren scheint.

Die Histologie der Hirnrinde und die mikrochemischen Vorgänge, wie sie von *Pflüger* und *Wundt* als Erklärung der cerebralen Functionen nahe gelegt wurden, füllen die dritte und vierte Vorlesung.

Die fünfte und sechste Vorlesung beschäftigt sich mit der physikalischen Erklärung der einfachsten Seelenvorgänge, indem hierbei vom *Weber*'schen Reizgesetze ausgegangen wird.

Mit vollkommen gerechtfertigter Vorsicht werden Pathogenese und Aetiologie der Geistesstörungen in der siebenten und achten Vorlesung erwogen. Der Werth der mehr beliebten als erwiesenen Theorie von der „vasomotorischen Pathogenese" erfährt eine nothwendige kritische Werthverminderung. Die pathologische Anatomie des Gehirns wird als ein besonderes Kapitel der Psychiatrie von mehr selbstständigem Werthe umgrenzt und auf die Unergiebigkeit der einseitigen Bearbeitung desselben zum Zwecke des psychiatrischen Verständnisses hingewiesen.

Verf. schliesst sein bahnbrechendes Buch mit einer kurzen Darlegung der allgemeinen Symptomatologie, des Verlaufs, der Prognose und Therapie der Psychosen.

Zum Schlusse sei nochmals betont, dass jene Auffassung gewiss nicht Unrecht hat, die sich von Untersuchungen, wie die vorliegenden, vor der Hand wenig für die psychiatrische Praxis verspricht. Doch ist einerseits die psychiatrische Praxis nicht gleichbedeutend mit der Psychiatrie und ist andererseits nie der Anspruch erhoben worden, dieser Forschung mehr als den Werth einer Methode zuzusprechen, von der man in ihrer weiteren Vollendung die Erschliessung der Gesetze der psychischen Geschehnisse er-

warten kann. Der Verf. selbst, der seine molekulartheoretische Hypothese in ernster Bescheidenheit ruhig zu den andern angezweifelten legt, spricht dies in klarer Weise aus (S. 130). Doch scheint uns die Ablehnung, die ähnliche Untersuchungen als „nicht medicinisch“ aus der Psychiatrie ausschliessen will, damit nicht völlig begründet. Der Mangel der gewohnten Terminologie kann wohl die Unzulässigkeit der Methode nicht involviren. Wenn die Zeit die Unzulänglichkeit der bisher ausschliesslich angewendeten Untersuchungsweisen dargethan hat, so erscheint wohl der Versuch eine Methode in die Psychiatrie einzuführen, deren physikalische Grundlage jedenfalls als „exact“ angesprochen werden muss, nicht nur zulässig, sondern im Interesse der Disciplin geboten. Dr. *Weiss.*

Kleinere Mittheilungen.

Aus Berlin. Irrenanstaltsorganisation. — Die Vorlage des Magistrats über die Organisation der Verwaltung der neuen Irrenanstalt in Dalldorf ist von dem mit der Vorberathung beauftragten Ausschuss der Stadtverordneten-Versammlung mehrfach amendirt worden, und hat derselbe bei der Versammlung nachstehende Anträge gestellt: „Die Organisation des in dem Irrenhause anzustellenden ärztlichen und Verwaltungspersonals geschieht in folgender Weise: 1) an der Spitze steht ein Arzt mit dem Titel „ärztlicher Director der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf", der die Anstalt nach Aussen vertritt und dem die gesammte Verwaltung in ökonomischer Beziehung übertragen ist. 2) Die gesammte Irrenanstalt wird in 2 Abtheilungen eingetheilt, die eigentliche Irrenabtheilung und die Abtheilung für sieche Geisteskranke und für Epileptische. Jeder dieser beiden Abtheilungen ist ein dirigirender Arzt vorgesetzt, welcher in Bezug auf die ärztliche Behandlung selbstständig ist. Die Stelle des dirigirenden Arztes der Irrenabtheilung wird dem Director der Anstalt mit übertragen. Der dirigirende Arzt der Siechenanstalt vertritt den Director in Verhinderungsfällen in Bezug auf die eigentlichen Directorialgeschäfte. 3) Bei der Irrenabtheilung wird ein zweiter Arzt mit dem Titel Oberarzt angestellt, welcher dem dirigirenden Arzte untergeordnet ist und denselben in Verhinderungsfällen bei der Behandlung der Kranken zu vertreten hat. 4) Die Assistenzärzte — für jetzt werden 2 für die Irrenanstalt, 2 für die Siechenanstalt als erforderlich erachtet — unterstehen direct dem Oberarzt, beziehentlich dem Dirigenten der Siechenanstalt. 5) Unter der Oberleitung und Aufsicht des Directors hat ein Verwaltungs-Inspector das gesammte Detail der Oekonomie und der Verwaltung unter sich. Das für die Gartenanlagen und für die Landwirthschaft erforderliche Personal steht unter dem Verwaltungs-Inspector. 6) Für jede der beiden Anstalten wird ein Hausvater mit dem erforderlichen Dienst-Wartepersonal angestellt. 7) Ein Bureauvorsteher, der zugleich Rendant der in der Anstalt befindlichen Zweigkasse der Stadt-Hauptkasse ist, übernimmt unter Zuordnung von 2 Bureauassistenten die Kassen- und sonstigen Bureaugeschäfte. 8) Für die Dampf-, Wasch- und Kochküche fungirt ein Maschinenmeister. 9) Für die pharmaceutischen Geschäfte (Bereitung der Medikamente etc.) wird ein Apotheker angestellt. 10) Für die Zwecke der Seelsorge und für die Zwecke der Schule wird ein Pauschquantum von jähr-

lich 3000 Mrk. ausgeworfen. Hinsichtlich des Einkommens und Gehaltes der auf den Normal-Besoldungs-Etat zu bringenden Stellen werden folgende Sätze festgestellt: a) für den Director der Anstalt 9000 Mrk. (nicht nach dem Antrage 12,000 Mrk.) einschliesslich 1200 Mrk. Emolumente. b) Für den dirigirenden Arzt der Siechenanstalt 8000 Mrk., einschliesslich 1200 Mrk. Emolumente. c) Für den Oberarzt 6000 Mrk. (nicht 7000 Mrk.) einschliesslich 1000 Mrk. Emolumente. d) Für den Verwaltungs-Inspector 5400 Mrk. (nicht 5100 Mrk.) einschliesslich 600 Mrk. Emolumente. e) Für die 2 Hausväter je 2400 Mrk. einschliesslich 300 Mrk. Emolumente.

(Voss. Zt. 1879. No. 66.)

Aus Berlin. Zur Idioten-Fürsorge. — Die städtische Schuldeputation beschäftigte sich in ihrer gestrigen Sitzung in Veranlassung eines speciellen Falles mit der Behandlung idiotischer oder schwachsinniger Kinder. Sobald von dem Rector einer Gemeindeschule die Anzeige eingeht, dass in seiner Schule ein Kind sich befinde, welches geistig so wenig entwickelt ist, dass es an dem Schulunterricht absolut nicht theilnehmen kann, — was sich natürlich erst nach monatelanger Behandlung behaupten lässt —, so wird das Kind einem Mitgliede der Schuldeputation, das practischer Arzt ist, vorgeführt, damit dieser untersuche und feststelle, ob das Kind in eine Idiotenanstalt gehört, oder ob noch weitere Unterrichtsversuche gemacht werden sollen, um den Grad der Entwickelungsfähigkeit noch genauer zu constatiren.

Da es immerhin ein gefährliches Experiment ist, ein Kind in eine Idiotenanstalt zu bringen, das nicht ganz unzweifelhaft dahin gehört, so wird aus Humanitätsrücksichten meist ein weiterer Versuch dadurch gemacht, dass ein solches Kind von einem dazu geeigneten Lehrer privatim auf Kosten der Stadt, in der Regel wöchentlich 4 Mal, unterrichtet wird.

Um die Gemeinde aber vor unnützen Ausgaben zu bewahren, soll in bestimmten Zeiten ein ausführlicher, vom Rector unterzeichneter Bericht eingereicht werden, der geeigneten Falls auf Veranlassung des Schulraths noch durch das Gutachten des Schul-Inspectors ergänzt wird.

Zur Zeit werden 12 solcher Kinder privatim unterrichtet.

(Voss. Zt. No. 46. 1879.)

Einheitliches Reglement in den Irrenanstalten der Prov. Brandenburg. — In der Sitzung des Brandenburgischen Provinziallandtags beschäftigte sich derselbe in längerer Berathung mit der Aufstellung eines neuen einheitlichen Reglements für die Land-Irrenanstalten des Provinzialverbandes von Brandenburg. In dem Entwurfe sind, wie der Landsyndikus *Gerhardt* ausführte, sorgfältig solche Bestimmungen vermieden, welche der künftigen Gestaltung der Irrenpflege in der Provinz präjudiciren möchten.

Auch in den veränderten Verhältnissen sollen die Irrenanstalten der Provinz vorzugsweise den Zwecken der Landarmenpflege dienen, d. h. zur Heilung und Pflege solcher Geisteskranken, welche der öffentlichen Fürsorge anheimfallen. Aber zur umfassenderen Durchführung ihres Hauptzweckes sollen sie sich noch weniger als vordem auf die hülfsbedürftigen Kranken beschränken, vielmehr allen Provinzialangehörigen nach Maassgabe der bestehenden Bestimmungen zur Mitbenutzung offen stehen. Sie sollen als Land-Irrenanstalten zugleich Provinzial-Anstalten sein. Ihr Hauptzweck ist — abgesehen von der Pflege und Besserung der sogenannten gefährlichen Geisteskranken — die Heilung der heilbaren Geisteskranken, welche einer Anstaltspflege bedürftig sind oder doch in ihrer Umgebung ausreichende Fürsorge nicht finden und auch hier vorzugsweise für die hülfsbedürftigen Kranken. Zur Förderung dieses Hauptzweckes, um insbesondere auch die Kranken im Interesse ihrer Heilung möglichst bald nach der Erkrankung den Anstalten zuzuführen, ist die Annahme möglichst erleichtert, Bedacht genommen auf die Erhaltung der Vermögenslage der Kranken und ist endlich abgesehen worden von der Geltendmachung des Erbrechts auf den Nachlass der in den Anstalten Verstorbenen. (Voss. Zt. No. 75 v. 1879.)

Verordnung Betreffs rascherer Aufnahme von Kranken in Anstalten. — Da die Heilung von Geisteskrankheiten erfahrungsmässig in den meisten Fällen davon abhängt, dass die Kranken möglichst bald einer Irrenanstalt überwiesen werden, so hat der Minister des Innern durch Circularerlass vom 2. v. M. die Regierungen veranlasst, für die Folge, in Gemässheit der Rescripte vom 26. Octbr. 1855 und 8. März 1866, in Fällen, wo Strafgefangene von Geisteskrankheiten befallen werden und ihre alsbaldige Ablieferung in eine Irrenanstalt nach dem Gutachten des Anstalts-Arztes nothwendig erscheint, wegen der Aufnahme in eine solche Anstalt unverzüglich das Erforderliche zu veranlassen. (Krzztg. No. 59 v. 1879.)

Zeugniss zur Aufnahme in Irrenanstalten. — Durch das neue Reglement vom 10. Mai 1877 betreffend die Aufnahme von Geisteskranken in die städtischen Irrenanstalten der Provinz Hannover, ebenso nach No. 40 der Deutschen med. Wchschr. vom 5. Oct. 1878 in Ostpreussen und No. 50 ej. in Westpreussen ist den Physikern das Vorrecht genommen worden, die ärztlichen Gutachten zur Aufnahme von Geisteskranken in den öffentlichen Irrenanstalten auszustellen.

Aus Westphalen. — Die Ueberfüllung der beiden in der Prov. Westphalen vorhandenen Anstalten zu Marsberg und Lengerich — in jener war die Zahl der Kranken schon auf 499 gestiegen — hat das Bedürfniss nach

einer neuen Anstalt rege gemacht. Die Stände haben sich entschlossen, dazu ein aufgelöstes Kloster 20 Min. von Münster zu adoptiren und es als Irrensiechenanstalt im August vor. J. zu eröffnen. Dies „Hospiz Marienthal" soll ein Depot für Lengerich und Marsberg werden und sind bis jetzt daraus c. 100 Kranke dahin übersiedelt. Weitere 50 dürften in der nächsten Zeit folgen. Der Neubau eines Isolirgebäudes wird folgen und ist nothwendig, damit auch unruhigere Kranke dort Aufnahme finden können.

In Frankreich — ist an der med. Fakultät zu Bordeaux ein klinischer Lehrstuhl errichtet und dem Director der dortigen Irrenanstalt, Dr. *Anzouy*, übergeben worden.

In Amerika — sind für invalide Soldaten 4 Etablissements eingerichtet worden, in welchen neben den Wohnräumen für 4660 Personen auch Kirche, Schauspielhaus, Bibliothek, Hospital sind. In letzterem Raum für 400 Kranke und in dessen Nähe eine Baracke zur Aufnahme von Geisteskranken.

(Krzztg. Beilage 1879 No. 6.)

Attentate von Irren auf ihre Aerzte. — Dr. *G. Cook* an der Anstalt zu Canandaigua (New-York) wurde von einem seiner Kranken durch ein Messer erstochen. Dr. *Voodburg*, Assistenzarzt der Anstalt Mac. Lean (Massachusetts) erhielt von einem Kranken mit einem Hammer mehrere heftige Schläge auf den Kopf, welche eine Schädelfractur befürchten lassen.

Nekrolog Gehewe's. — *Carl Wilfried Gehewe* war am 16. August 1826 als Sohn des Pastors *H. Gehewe* zu Ringen in Livland geboren und erhielt seine Schulbildung in Dorpat, wohin sein Vater versetzt worden war. Im Jahre 1847 bezog er die Universität, um Medicin zu studiren, promovirte am 8. Aug. 1853, bildete sich 1 Jahr lang im Auslande weiter aus, ward Assistent an der geburtshülflichen Klinik in Dorpat und ging 1856 nach St. Petersburg. Hier trat er zunächst als Ordinator am Obuchow'schen Hospital ein, siedelte aber schon nach einigen Monaten als Ordinator zur Irrenanstalt auf der 10. Werst über. Diese Anstellung bildete den entscheidenden Wendepunkt für seine ganze spätere Laufbahn, denn von nun an widmete er sich ausschliesslich der Psychiatrie und ist diesem Berufe durch 20 Jahre bis zuletzt treu geblieben. Es wurde ihm in Petersburg der Auftrag zu Theil, eine Reise in's Ausland zur Besichtigung von Irrenanstalten zu machen. Von seinem eifrigen Streben legten mehrere kleinere und grössere Arbeiten in verschiedenen Zeitschriften, meist der St. Petersburger, Zeugniss ab. Auf seiner Reise, von welcher er 1872 zurückkehrte, ist er mit vielen deutschen Kollegen in nähere Beziehungen getreten. Sein

Reisebericht, welcher in der Allg. Ztschr. f. Psych., Bd. 28, S. 34—118 erschien, die Mängel der eigenen Anstalt im Vergleich mit ausländischen offen darlegte und auf die nöthigen Reformen hinwies, brachten ihn bei seiner offenen, bisweilen rücksichtslosen Wahrheitsliebe in mancherlei Conflicte. Dazu kam, dass die Verletzung durch den Steinwurf eines Irren ihm eine starke Gehirnerschütterung zuzog und nicht ohne Einfluss auf seine Stimmungen war. Er verliess St. Petersburg, fand aber zu seiner grossen Freude bald einen ihm in jeder Beziehung zusagenden Posten als Director der Anstalten zu Alexandershöhe bei Riga. Sein Wunsch, in die heimathlichen Ostseeprovinzen überzusiedeln, ging dadurch in Erfüllung. Die ruhige, gleichmässige Arbeit, das Vertrauen, welches er dort seinen Vorgesetzten wie seinen Untergebenen entgegenbringen durfte, gaben ihm bald seine früher glückliche Gemüthsruhe mit freudiger Arbeitslust wieder. Er übernahm die Anstalten in einem durch mehrfachen Personenwechsel in der Direction, sowie durch einzelne unzuverlässige Beamte ziemlich vernachlässigtem Zustande. Sein rechtlicher Sinn duldete keine unlauteren Elemente, frühere Missbräuche wurden abgestellt, mit weiser Sparsamkeit die vorhandenen, keineswegs reichlichen Mittel zu Rathe gehalten und so allmälig geordnete Zustände herbeigeführt. Die Verpflegung wurde verbessert, die Gebäude den jetzigen Anforderungen angepasst. Sein Wunsch, nunmehr bald wieder eine längere Reise durch Deutschland zu machen und alte Freundschaftsbande zu erneuern, ist ihm nicht in Erfüllung gegangen. Er wurde aus seiner seinen Neigungen entsprechenden Thätigkeit 52 Jahre alt abgerufen, am 12. Tage eines Typhus, den er sich durch Ansteckung zugezogen. Er war ein treuer und eifriger Director, ein kundiger und gewissenhafter Arzt, ein offener, wahrer und wohlwollender Charakter, ein ernster und anspruchsloser Mensch, der auch in Deutschland sich die Zuneigung seiner Kollegen erworben hat.

Nekrolog *Koeppe*'s. — Einen herben, kaum wieder ersetzbaren Verlust hat die Provinz Sachsen durch den am 30. Jan. a. c. nach kurzem Krankenlager erfolgten Tod des Directors der Provinzial-Irren-Anstalten zu Nietleben bei Halle a. S., und des Ritterguts Alt-Scherbitz bei Schkeuditz, Herrn Geheimen Sanitätsrathes Professor Dr. *Koeppe* erlitten.

Es sei uns, seinen Schülern, vergönnt, an dieser Stelle dem Verewigten einige Worte der Erinnerung zu widmen und den Fachgenossen, die durch zahlreiche Zuschriften ihre Theilnahme an dem herben Verluste ausgedrückt haben, ein kurzes Lebensbild zu übermitteln.

Johannes Moritz *Koeppe* war als der Sohn eines Bürgermeisters am 26. Mai 1832 in Zörbig Provinz Sachsen, geboren. Er erhielt seine erste Erziehung in dem elterlichen Hause, seine Vorbereitung für die Universitätsstudien auf der lateinischen Hauptschule zu Halle a. S. in der Zeit

von Ostern 1844 bis Ostern 1852. Nach zurückgelegtem Maturitätsexamen bezog *Koeppe* zunächst die Universität Leipzig, die er 2 Jahre lang frequentirte; dann siedelte er nach Halle über, wo er von Ostern 1854 bis dahin 1856 seine medicinischen Studien absolvirte. Er verkehrte viel im engsten Familienkreise verschiedener Professoren, besonders des berühmten Chirurgen Geheimrath *Blasius*, in denen er für die Entwickelung seines Geistes in gesellschaftlicher und wissenschaftlicher Beziehung manche werthvolle Anregung erhielt. — Am 9. Juli 1856 wurde er durch seine Dissertation: „De cholerae epidemicae propagationis natura ac ratione" von der medicinischen Facultät zu Halle zum Doctor der Medicin und Chirurgie promovirt und im darauffolgenden Winter 1856 und 1857 unterzog er sich den medicinischen Staatsprüfungen, die er im April 1857 beendigte. Er fungirte darauf vom 1. April bis zum 1. Oct. 1857 als zweiter und von da bis zum 1. Oct. 1858 als erster Assistent an der damals unter *Vogel*'s Leitung stehenden medicinischen Universitäts-Klinik. Sein specielles Interesse für Psychiatrie führte ihn zu *Damerow*, dessen Assistent er am 1. Oct. 1858 wurde. Schon am 1. Juni 1859 avancirte er zum zweiten Arzte, wodurch er, vielleicht nicht ohne Einfluss *Damerow*'s, bewogen wurde, sich ganz der Carriere eines Irrenarztes hinzugeben.

Das Jahr 1866 sah ihn auf den böhmischen Schlachtfeldern als Stabsarzt des 27. Infanterie-Regiments, an dessen Leistungen er hervorragenden Antheil nahm. Durch seine persönliche Tapferkeit und Liebenswürdigkeit hatte er sich bald die Achtung aller Mannschaften, die Zuneigung des Officiercorps und die innige Freundschaft des damaligen Regiments-Commandeurs von Zychlinsky in einem Grade erworben, dass der Letztere in einem, *Koeppe* dedicirtem Exemplar einer kleinen Schrift (Antheil des zweiten Magdeburgischen Infanterie-Regiments Nr. 27 an dem Gefecht bei Münchengrätz und der Schlacht bei Königgrätz) es „als eine der schönsten Errungenschaften seines Lebens bezeichnete, erreicht zu haben, dass er ihn (*Koeppe*) seinen Freund nennen dürfe".

Kaum zurückgekehrt von den Schlachtfeldern — traf ihn und die Anstalt das Schicksal, *Damerow* am 22. Sept. 1866 durch den Tod zu verlieren. Wenn *Koeppe* bis dahin auch weniger durch wissenschaftliche Arbeiten an die Oeffentlichkeit getreten war, so hatte er doch durch seine ausgezeichneten Eigenschaften als Mensch, wie als Arzt und Verwaltungsbeamter bei seinen vielen Freunden wie bei seiner vorgesetzten Behörde die rühmlichste Anerkennung gefunden und es konnte daher, nachdem selbst Sr. Majestät der König seine Verdienste durch Verleihung des rothen Adlerordens IV. Cl. mit Schwertern belohnt hatte, seine am 18. Juni 1867 erfolgte Ernennung zum Nachfolger des berühmten *Damerow* nicht ausbleiben, obwohl unter den concurrirenden Mitbewerbern um die Hallenser Directorenstelle viele berühmte Männer der Wissenschaft genannt wurden.

Das Erste was *Koeppe* als junger, thatkräftiger Director that, war die Einführung des No-Restraint. Sowie er alle Zwangsapparate, ohne Ausnahme,

aus dem Inventarium absolut ausmerzte, war er auch bestrebt, der ganzen Anstalt ein freieres Gepräge aufzudrücken. Er öffnete unglücklichen Kranken, die bis dahin der Schrecken der Anstalt und lange Jahre in der Zwangsjacke geschmachtet hatten, die düsteren Zellen und gab sie der freien Behandlung, ja sogar ganz der Familie zurück. Er wollte keine Zellen mehr und richtete in den früheren sogenannten Tobabtheilungen grosse, freundliche Säle ein, die den Kranken zum gemeinsamen Aufenthalte dienen und taufte die Gebäude in „Beobachtungsabtheilungen" um, welche der Bestimmung dienen, alle frischen Kranken aufzunehmen und sie solange zu beherbergen, bis sie sich entweder als für die Heilanstalt oder für die Pflegeanstalt geeignet erwiesen. Nicht zufrieden damit, verwandelte er auch die trostlosen Tobhöfe, in denen bisher eine kahle Mauer und Nichts als klarer Sand den Kranken entgegentrat, in freundliche Gärtchen um, verdeckte das Gemäuer mit Epheuanpflanzungen und gab es den Kranken, zumal den weiblichen, an die Hand, sich der Pflege der frischen Anpflanzungen hinzugeben. Sein Wille wäre es gewesen, die Eisengitter, zum grössten Theil wenigstens, zu entfernen und den Kranken ein Heim zu schaffen, indem sie sich gern aufhalten würden. Ueberall liess er seinen schöpferischen Geist walten, überall trat sein Sinn für das Schöne und Edle in den Vordergrund. Davon zeugen die Anlagen um die Anstalt herum, von denen der grösste Theil ihm seine Entstehung verdankt. So wandelte er trostlose Sandplätze in saftgrüne Rasenplätze, Blumenbeete, Parkanlagen um; von Jahr zu Jahr erschuf er neue Einrichtungen, Gasanstalt, Wasserleitung, comfortable zahlreiche Badeeinrichtungen, Abfuhrsystem, Gewächshaus, etc. Alles entstand auf seinen Antrieb. Und frägt man nach den Mitteln, mit denen *Koeppe* Alles das schuf, so hört man beschämend geringe Zahlen nennen, z. B. kostete ein Pavillon für 25 Kranke nur circa 1500 Thaler das Werkstättenhaus für Schuhmacher, Schneider, Tischler, Glaser, Strohflechter, Buchbinder c. 2000 Thlr. Er entwarf die Pläne dazu selbst und unter ihm als Baumeister arbeiteten Kranke, die nicht einmal alle das Maurerhandwerk erlernt hatten. Arbeit und Beschäftigung für die Kranken in viel grösserem Maassstabe waren es, was er anstrebte und erreichte, und überall sah er seine reformatorischen Ideen sich realisiren und zu einem schönen Ziele gelangen.

Mitten aus all' dieser vielen Arbeit heraus hat *Koeppe* aber auch wissenschaftliche Arbeiten producirt. Die Zahl seiner Werke ist zwar eine mässige, aber das, was er geschrieben hat, ist längst Gemeingut der Fachgenossen geworden und hat in den Lehrbüchern einen guten Platz gefunden. *Koeppe* veröffentlichte als erste Arbeit im Jahre 1867 (s. allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 24. S. 10) einen Aufsatz über „Gehörstörungen und Psychosen", Studien über einige Beziehungen peripherischer Erkrankungen der Sinnesorgane zu psychischen Krankheitserscheinungen, — wodurch er einen nicht unwesentlichen Beitrag zur allgemeinen Psychopathologie lieferte und die physicalische Untersuchung des Gehörapparates mit dem Ohren-

spiegel in die Psychiatrie einführte. Darauf habilitirte sich *Koeppe* am 28. April 1869 mit einer Arbeit: „De Haematomate cartilaginum nasi (Rhinhaematomate) ex permutationibus laesionibusque telae cartilagineae vel ex perichondritide nasali orto." — Seine Arbeit, über Reflexepilepsie (s. allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 28) hauptsächlich aber die „über Kopfverletzungen als periphere Ursachen reflectirter Psychosen und ihre locale Behandlung (s. Deutsches Archiv für klinische Medicin. Jahrg. 1874) haben ihm einen grösseren wissenschaftlichen Ruf erworben. Daran schliessen sich mehrere kleinere Abhandlungen, wie: Reflexpsychosen nach Ohrkrankheiten (s. Archiv für Ohrenheilkunde 1875. Bd. 9. S. 220), ferner über Reflexpsychosen (s. Zeitschrift für Psychiatrie. 34. Bd. S. 259), über die Landwirthschaft in der Psychiatrie (Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 34) etc. Im Verein der Aerzte zu Halle hat er häufig belebende und interessante Vorträge und Demonstrationen gehalten und seine Vorlesungen und seine psychiatrische Klinik, die er leider seit seiner intensiven Beschäftigung und vollständigen Inanspruchnahme durch die neue Anstalt, in die er im Juni 1877 übersiedelte, aussetzen musste, — auch seine Reisen nach England und Frankreich fallen in diese Zeit — waren sowohl von practischen Aerzten sowie von Studenten gut besucht. — Soweit über *Koeppe*'s wissenschaftliche Bedeutung, die durch seine Ernennung zum Professor extraordinarius, die mit Umgehung älterer Privatdocenten erfolgte, Neujahr 1875 anerkannt wurde.

Fragen wir nach seinen Charaktereigenschaften, so war ihm vor allen Dingen eine edle, unbestechliche Wahrheitsliebe, die ihm über Alles ging, eine unbeirrte Aufrichtigkeit in Lob und Tadel, eine ehrenhafte Denkweise und wenn er wollte persönliche Liebenswürdigkeit eigen. Er liebte Musik und Gesang — er war auch Mitglied des Universitätssängervereins der Pauliner in Leipzig, der zu seinem Begräbniss eine Deputation entsendet hatte — und hatte Sinn für alles Gute, Edle, Schöne. Eine Reihe hervorragender Künstler verkehrte in seinem Hause. In früheren Jahren erheiterte ihn ein übersprudelnder Lebensmuth und eine ungetrübte Fröhlichkeit. — Doch auch trübe Erfahrungen sind ihm nicht erspart geblieben; sie haben ein gut Theil seines Lebens verbittert und erklären nebst den aufreibenden Arbeiten und Pflichten, die auf ihn lasteten, manche Gemüthsstimmung, die äusseren Beobachtern unerklärlich und als Rauhheiten erschienen sein mögen. Doch sei dem, wie ihm wolle. *Koeppe* besass auch Herzensgüte und eine werkthätige Menschenliebe, die sein Andenken immer wach und frisch erhalten werden. — Steht doch sein Werk, seine wenn auch nur in Umrissen angegebene neue Anstalt, sein Scherbitz, als Beweis seiner humanen Bestrebungen und seiner psychiatrischen Leistungen da, das er mit dem grössten Muthe und Selbstvertrauen begonnen hat, und dessen Resultate in ärztlicher und administrativer Beziehung zu den besten Hoffnungen, zu einer schönen Zukunft berechtigen. Fernere Orden und Ehrenzeichen —

eisernes Kreuz, Kronenorden —, sowie seine Ernennung zum Geheimen Sanitätsrath waren äussere Beweise dafür, wie sehr man ihn an maassgebender Stelle ehrte und achtete.

Dem Gründer der Anstalt ist es leider nicht vergönnt gewesen, die Früchte seiner Saat zu ernten; dieses schöne Land, das vor seinem geistigen Auge ausgebreitet lag, das sein Stolz, seine einzige Lebensfreude gewesen war, sollte er nicht mehr schauen. — Er liegt jetzt begraben inmitten seiner Schöpfung, beweint und betrauert von den Angehörigen, Kranken, Beamten, betrauert von seinen Freunden, von der Provinz, auch betrauert von der Wissenschaft. — Hochgeehrt und geschätzt bleibe sein Andenken! Friede seiner Asche! —

Halle und Altscherbitz, im Februar 1879.

Die Aerzte beider Anstalten. —

Zusatz. — Wer *Koeppe* im Juni und September v. J. in Cassel oder im December in Schweizerhof im Vollgefühle seiner Manneskraft und in unveränderter Begeisterung für das Ziel, welches er sich gesteckt, gesehen und gesprochen hat, wird tief erschüttert gewesen sein, als die Nachricht eintraf, er sei am 30. Jan. plötzlich gestorben. Es ist nicht zu verwundern, zumal schwere Unglücksfälle in seiner Anstalt (ein im Garten beschäftigter Kranker erschlug seine kranke Nachbarin mit einem Beil und eine zur Mitarbeit der Köchin beigegebene Kranke starb an Brandwunden, welche sie sich durch glühende Kohlen beigebracht hatte) c. 8 Tage vor dem Tode eintraten, dass Zeitungen berichteten, derselbe sei von ihm herbeigeführt worden, „weil dadurch die Ausführbarkeit des Gedankens in Frage gestellt worden sei, dem er seit Jahren sich gewidmet hatte". Die wir ihn kannten, bezweifelten diese Annahme, da Unglücksfälle dieser Art auch anderswo vorkommen können — und vorgekommen sind, und da *Koeppe*'s elastischer Geist, so schmerzlich jene ihm auch sein mussten, sie um so mehr überwunden haben würde, als er sich ja vorher sagen konnte, dass die Furcht vor ähnlichen Ereignissen nicht abhalten dürfe, den rechten Weg zu suchen und zu finden.

Wir sind nun in der Lage, jene Zeitungsangabe als unbegründet hinstellen zu dürfen. *Koeppe* starb zwar an Morphium-Narkose, wie der hinzugezogene Professor *Weber* aus Halle das klinische Bild derselben constatirt hat, aber nur an dem ungemessenen Gebrauche des Morphium, das er, der schon längere Zeit an Schlaflosigkeit litt und dem früher gebrauchten Chloralhydrat entsagt hatte, weil die anhaltende Benutzung desselben Veränderung der Herzmuskel veranlassen sollte, ohne Abwägung der Dose benutzte. Nach einer in heiterer Stimmung verzehrten Abendmahlzeit fand man ihn am nächsten Morgen in tiefem Schlafe, aus dem er trotz aller angewandten Hülfe nicht erwachte, sondern in der darauf folgenden Nacht verschied. Die Section wies concentrische Hypertrophie des Herzens ohne Klappenfehler, aber mit einzelnen atheromatösen Ablagerungen bis in die

Gehirnarterie hinein nach. Ein apoplectischer Heerd im Gehirn war nicht vorhanden.

Mit ihm ist der Träger eines mit Feuereifer verfolgten Gedankens, einen neuen Weg in der ärztlichen Behandlung der Geisteskranken, soweit er die Art der Ausführung betrifft, Bahn zu brechen, zu früh heimgegangen. Kaum wird ein Nachfolger in diesem Sinne gefunden werden. Für sein Ziel war *Köppe's* ganze Persönlichkeit wie geschaffen und die Arbeit in der von ihm bisher dirigirten Anstalt hatte ihn dazu vorgebildet. Zur Fortführung seines Werkes gehörte aber auch ein solches Vertrauen der Provinzialstände, wie er es errungen hatte und wie es seine angenehme Persönlichkeit und geistige Gewandtheit, sein in den Schlachten bewiesener und von hervorragender Stelle anerkannter persönlicher Muth, sein chevalereskes Wesen, seine vielseitige, auch ästhetische Durchbildung, seine Klugheit und seine nur ein Ziel im Auge habende geistige Thätigkeit festzuhalten wusste. Er konnte für seine Idee Andere hinreissen. Es spricht für ihn wie für die Provinzialstände seiner Provinz, dass sie bereit waren, ihm für die Durchführung seiner Ideen und im Interesse der deutschen Irrenpflege in der Nähe der früheren Anstalt nur allein für den Grund und Boden ein Rittergut im Werthe von fast 1 Million Mark zur Disposition zu stellen! Für den Zweck der Landwirthschaft war aber dieser Boden trefflich geeignet, von Natur fruchtbar und durch zweckmässigen Betrieb in Cultur erhalten. Wie vor 34 Jahren sein Vorgänger in der Wahl des Terrains für eine neue Anstalt seinen Scharfblick bewährte, eine freundliche Gegend mit lieblicher Aussicht auf das Saalthal bei Halle aufgefunden und die Umgebung der Neubauten mit den freundlichsten Anlagen und Zugängen geschmückt hatte, so hatte auch *Köppe* von seinem Wohnhause auf Rittergut Alt-Scherbitz einen reizenden Ueberblick über die tiefen Niederungen des Elsterthales, einen Ueberblick, von dem er nie sprechen konnte, ohne dass ihm das Herz warm wurde.

Noch nach seinem Tode bewiesen die Stände ihm ihre Anerkennung, indem ihre Spitzen seinem Sarge folgten und seine letzte Ruhestätte unmittelbar neben seinem Wohnhause bestimmten, um sie durch ein Denkmal späteren Zeiten zu sichern. Diese letzte Ehre wirkte um so wohlthuender, als neben den Assistenten seiner beiden Anstalten nur wenige Fachgenossen das Grab umstanden und weder dem auf den Schlachtfeldern Böhmens tapferen und auch später den Kampfgenossen treu gebliebenen und im Unglücke hülfreichen Kameraden, noch dem bis vor kurzem dem Universitätsverbande angehörenden akademischen Lehrer officielle Vertreter beider Körperschaften folgten.

Koeppe war als Professor, wie Zuhörer von ihm versichern, ein ebenso anregender, als klarer und liebenswürdiger Lehrer, und seine wenn auch wenigen Schriften bezeugen, wie gut er zu beobachten und das Beobachtete zu verwerthen verstand. Er löste die nur von wenigen erfüllte Aufgabe, an der Spitze einer grossen Anstalt der wissenschaftlichen Seite volle Rechnung zu tragen und geachteter Lehrer der Psychiatrie zu sein. Aber doch

fühlte er sich mehr berufen, in der praktischen Psychiatrie zu wirken. Als es in seiner Wahl stand, die Anstalt in Halle ferner zu leiten — und sie war als seine Schule und als Nachfolger eines *Damerow*, dessen Liebling er war, ihm doppelt theuer — und die Psychiatrie auch an der Universität fernerhin zu vertreten, oder eine neue Anstalt nach seinen Ideen zu gründen, da schwankte er keinen Augenblick, welchen Beruf er vorziehen sollte.

Im letzten Jahre konnte er den jetzt vollendeten Neubau auf Rittergut Alt-Scherbitz als vorläufig abgeschlossen ansehen; er hatte die erforderliche Krankenzahl schon aufgenommen, und wir erwarteten nun von ihm die Lösung der Aufgabe, wie weit man in Deutschland mit Benutzung der Landwirthschaft als Heilmittel vorgehen könnte. Da entriss der Tod ihn unseren Hoffnungen und Erwartungen. Er ist bisher der einzige Arzt gewesen, dem es vergönnt war, in den letzten Jahren bis zu seinem Tode 2 grosse Anstalten gleichzeitig zu leiten, die eine bahnbrechend in der Vergangenheit, die andere es versprechend für die Zukunft, ein wegen der Zahl und Art der aufgenommenen Kranken schwierigeres Werk, als es England und Frankreich bisher ausgeführt haben.

In *Koeppe*'s Leben hat es an schweren Kämpfen mit sich und der Aussenwelt nicht gefehlt, — vielleicht manche nicht ohne eigene Schuld, vielleicht ist auch das Herzleiden eine Folge davon —; aber aus diesen Kämpfen hat er nur mehr Kraft und Lust zur Arbeit gewonnen, die nicht ohne Frucht blieb. Seinen Kollegen und Freunden hat er stets Treue bewahrt, und in den ärztlichen Versammlungen, an denen er Theil nahm, war er ein immer gern gesehenes und an Freuden wie Arbeit mit Eifer theilnehmendes Mitglied, den wir noch oft entbehren werden. Dankbar gedenken wir seiner Mitwirkung an der Entwicklung des deutschen Irrenwesens! *L.*

Preis-Aufgabe.

Prix *Guislain:* „Etablir par des faits cliniques les relations existant entre les lésions cadavériques trouvées chez les aliénés et les symptômes psychiques qu'ils ont présentés. Déterminer jusqu'à quel point les données acquises sous ce rapport peuvent être utilisées pour caractériser certaines formes de maladies mentales, et servir de base à une classification méthodique."

Einzureichen bis 1. März 1882 in franz., flamändischer oder latein. Sprache bei Dr. *H. Leboucq*, Secretär der Société de méd. de Gand. Preis 500 Frcs.

Vorläufige Einladung

zur Versammlung des Vereines der deutschen Irrenärzte

am 16. Sept. d. Nachmittags und am 17. Sept. Vormittags im Hörsaale der psychiatrischen Klinik zu Heidelberg.

Besprechung des gegenwärtigen Standes der No-restraint-Frage in Deutschland. Ref. *Westphal*, Corr. *Nasse*.

Die Idiotenfrage in Deutschland, statistisch und legislatorisch. Ref. *Guttstadt*, Corr. *Kind*.

Ist die Errichtung reiner Pflegeanstalten zeit- und zweckgemäss? Ref. *Fischer* sen.

Anmeldungen von weiteren Vorträgen werden bis Ende Juli an den Vorsitzenden erbeten.

I. A.
Der Secretair.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Smoler*, Primararzt an der Irrenanstalt und Docent an der Universität ist zum Director des Allgem. Krankenhauses zu Prag,

Dr. *Freusberg*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt in Andernach zum Director der neuen Irrenanstalt zu Saargemünd im Elsass,

Dr. *Gerlach*, Assistenzarzt der Prov. Irrenanstalt zu Marsberg zum Director der neu gegründeten Irren-Siechenanstalt „Hospiz Marienthal" bei Münster in Westph.,

Dr. *Schnopfhagen*, Assistent der pathol. Anatomie und Privatdocent an der Universität zu Innsbruck zum dirig. Primararzte der oberöstreichischen Landes-Irrenanstalt zu Niedernhart bei Linz ernannt worden.

Dr. *Kroemer*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt bei Halle hat sich als Docent für Psychiatrie an der Univ. Halle habilitirt.

Dr. *Pauli*, Assistenzarzt in Stephansfeld ist als 2. Arzt in der neuen Pflegeanstalt für den Elsass zu Hördt,

Dr. *Stöver* als Assistenzarzt in Stephansfeld angestellt worden.

Dr. *L. Schlager*, Prof. und Director der Landes-Irrenanstalt zu Wien hat den Charakter als k. k. Regierungsrath erhalten.

Dr. *Brosius*, Dir. d. Privatanstalt zu Benndorf ist auswärtiges Mitglied der Soc. méd. psych. in Paris,

Dr. *Koch*, Director der Irrenanstalt zu Zwiefalten, Ehrenmitglied der Soc. méd. ment. de Belgique,

Dr. *Gehewe*, k. Staatsrath und Director der Irrenanstalt zu Alexandershöhe bei Riga ist am 26. Nov. pr. a. 52 Jahre alt am Typhus,

Dr. *Köppe*, Geh. Sanitätsrath, Prof. und Director der Provinzial-Irrenanstalten zu Nietleben bei Halle a. S. und Alt-Scherbitz bei Schkeuditz am 30. Jan. c. 47 J. alt,

Dr. *H. Dick*, Hofrath und Director der Kreisirrenanstalt zu Klingenmünster (Rheinpfalz) am 22. Febr. c., 65 J. alt, an Schlagfluss (Nekrolog folgt im nächsten Hefte),

Dr. *Schleichert*, Assistenzarzt der Prov. Irrenanstalt zu Schwetz nach kurzem Krankenlager gestorben.

Temperaturbeobachtungen bei paralytischen Geisteskranken.

Von

Dr. Kroemer,

II. Arzt an der Prov.-Irrenanstalt bei Halle a. S.

Angeregt durch die Experimente *Eulenburg*'s und *Landois*'s, sowie durch die die Resultate dieser Forscher bestätigenden Arbeiten *Hitzig*'s u. A., wonach Reizung der motorischen Centren der Hirnrinde Verengerung der Gefässe und damit ein Sinken der Körpertemperatur bewirkt, während nach vollkommener Zerstörung derselben Hirnpartien eine Erweiterung, Lähmung der Gefässe und somit ein Steigen der Körpertemperatur stattfindet — angeregt durch diese Thatsachen habe ich es unternommen, bei einer Reihe von Geisteskranken, deren Hirn anerkanntermaassen ziemlich beständigen Reizungs- resp. Lähmungszuständen ausgesetzt ist, die Körpertemperatur einer eingehenderen Controlle zu unterwerfen. Obwohl bei allen Geisteskranken mehr oder weniger das Gehirn als der leidende Theil zu betrachten ist, so ist es doch nicht immer möglich, bei allen Individuen und nicht bei allen Krankheitsformen Beweise für die Hirnkrankheit zu finden, auch nicht immer durch die Section. Ich zog es deshalb vor, mich an diejenigen Formen zu halten, in denen ausnahmlos und von allen Seiten her materielle Veränderungen des Centralorgans mitgetheilt worden sind. Das ist die unter dem Namen „Dementia paralytica“ am meisten beschriebene Krankheitsform.

An Feinheiten brauchte ich mich hierbei nicht zu halten, ich brauchte nicht streng auf einseitige Reizungs- und Läh-

mungserscheinungen und die dadurch etwa bedingten halbseitigen Temperaturunterschiede zu achten, sondern nur die Allgemeintemperatur zu messen, da bei den Paralytischen meist das ganze Hirn, nicht blos einzelne Theile desselben pathologischen Veränderungen unterliegen. — Dass es die Hirnrinde ist, die bei der Dementia paralytica am meisten pathologische Veränderungen darbietet, wurde nicht nur durch andere Autoren, sondern auch durch die angeführten Sectionsbefunde und die sich daran schliessenden mikroskopischen Untersuchungen dargethan. Ich erinnere hierbei an die Arbeiten von *Clouston*, *Crichton Browne*, *Calmeil*, *Schüle*, *Meschede*, *Ripping*, *Obernier*, *Althaus*, *Blandford* u. A. — Freilich kann bei so complicirten Processen die übrige Hirnsubstanz nicht unbetheiligt bleiben; auch in der Marksubstanz sind hier und von anderen Autoren Veränderungen gefunden worden, sie kommen aber hier erst in zweiter Linie in Betracht, da der Reizzustand in der Hirnrinde das Hauptsächlichste ist und vollkommen genügt, um die in Rede stehenden Vorgänge hinreichend zu erklären. Dass die meningitischen Processe, die auch in unseren Fällen nicht fehlen, bei der Dementia paralytica nicht den wesentlichen pathologischen Process darstellen, ist an anderen Orten auseinandergesetzt worden. Doch würde ihr Vorhandensein gleichfalls für eine grössere Irritation der Hirnrinde sprechen, da der Zusammenhang der Häute mit der Hirnrinde, zumal durch die Gefässanordnung, ein sehr inniger ist. Nothgedrungen werden pathologische Vorgänge in den weichen Häuten auf die Hirnrinde von eminentem Einfluss sein. Entzündliche Vorgänge der Häute werden sich den direct anliegenden Hirnpartien mittheilen und auf sie fortpflanzen können und wenn nicht, durch Exsudate etc. in räumlicher Weise auf das Volumen des Hirns einschränkend wirken.

Die Angaben der Literatur über die Temperaturverhältnisse bei Geisteskranken im Allgemeinen und der Dementia paralytica im Besonderen sind überaus kärglich. Sie beziehen sich meist nur auf die vorübergehenden Temperatursteigerungen bei den paralytischen Insulten, nie aber sind bisher in continuo Monate, Jahre lang Temperaturen bei Paralytischen gemessen worden.

Wachsmuth machte an 5 Paralytikern an einzelnen 2, an den anderen Kranken im Maximum nur 4 Temperaturbeobachtungen zu einer Zeit, in der die Thermometrie in der klinischen Beobachtung noch keine Rolle spielte. Natürlich fand er nichts Wesentliches anders als bei Gesunden oder bei anderen Geisteskranken. *Bourneville* machte bei Apoplectikern Temperaturmessungen und fand die nach apoplectischen Anfällen gewöhnlichen Temperaturerhöhungen, nachdem unmittelbar vorher eine Temperaturerniedrigung stattgefunden hatte, zum Unterschied von der Encephalomalacie, bei der ein solches „Abaissement initial" nicht stattfand. Bei längerer Krankheitsdauer constatirte er eine „période stationaire", in welcher sich die Temperatur zwischen 37,5 und 38,5 halte und dem eine „période ascendante" folgte. Bei Fällen mit tödtlichem Ausgang soll die Steigerung plötzlich und sehr hoch erfolgt sein. Blieben die Patienten am Leben, so maass er die Temperaturen nicht weiter, wenigstens giebt er über ihr ferneres Verhalten keinerlei Auskunft. Die genannten drei Perioden beziehen sich lediglich auf den apoplectischen Anfall; ebenso die Angaben von *Althaus*, dessen Resultate von denen des eben genannten Beobachters etwas abweichen. Gleich im Anfange des Anfalls, besonders wenn die Blutung gering war, bleibt nach ihm die Temperatur normal und fällt erst nach c. 15 Minuten. Diesen Temperaturabfall betrachtet er als Folge einer Reizung der controlirenden Centren der Wärmeproduction und will ihm dieselbe klinische Bedeutung beimessen, wie den hierbei gleichzeitig eintretenden Convulsionen der Glieder. Erst nach c. $^1/_2$ h., wenn die Krampferscheinungen aufgehört haben, erfolgt allgemeine Lähmung und mit ihr eine Steigerung der Eigenwärme. Je höher und je schneller diese Steigerung erfolgt, desto ungünstiger ist die Prognose, denn ein langandauerndes Fieber kann für sich allein tödtlich werden. — *L. Meyer* beobachtete, wie vor ihm *Calmeil* und *Bayle*, bei den tobsüchtigen Aufregungszuständen der Paralytiker Temperatursteigerungen. Er schreibt sie einer Exacerbation des nach ihm die Paralyse bedingenden meningitischen Processes zu. Die gewählten Beispiele eignen sich aber wenig zur Illustrirung der Temperaturverhältnisse bei der Dementia paralytica, da sie meist

Fälle betreffen, in denen gleichzeitig vorhandene körperliche Krankheiten auf die Temperatur nicht ohne Einfluss sein konnten. Diesen Einwand erhebt auch *Westphal*, der die tobsüchtige Aufregung der Paralytiker zu pathologischen Temperaturerhebungen in kein Verhältniss bringt, da auch unabhängig von Aufregungszuständen bedeutende Schwankungen der Eigenwärme vorkommen, die zum Theil einen „eigenthümlichen periodischen Typus" haben. *Magnan* hat in der Société de biologie über die in der allgemeinen Paralyse — abgesehen von den apoplectischen und epileptiformen Anfällen — eintretenden Temperaturerhöhungen Mittheilung gemacht und erwähnt, dass nicht nur die Perioden intercurrirender Manie von einer beträchtlichen Temperatursteigerung begleitet sein können, sondern ebenso auch die depressiven Zustände mit hypochondrischen oder melancholischen Delirien und selbst mit Stupor. Aus nur 2 Temperaturcurven zieht er den Schluss, dass das Fieber bei der allgemeinen Paralyse ganz unabhängig von den symptomatischen Manifestationen der Krankheit, vielmehr ausschliesslich durch die in den Nervencentren stattfindenden organischen Veränderungen bedingt sei. Seine mikroskopischen Resultate sprechen dafür, da er neben der diffusen interstitiellen Encephalitis noch pathologische Vorgänge an den Gefässen und in der Umgebung derselben fand, die in Form sanguinolenter Transsudate oder capillärer Hämorrhagien auftraten. — *Ripping* beobachtete halbseitige periphere Temperaturunterschiede, die aber nicht immer auf der gelähmten Seite vorhanden waren; oft war auch das Umgekehrte der Fall, woraus er schliesst, dass die Temperaturerhöhung nicht Folge eines Lähmungs-, sondern eines Reizzustandes sei. Aus einem pathologisch-anatomischen Befunde schliesst er ferner, dass der hintere Theil des Gyrus fornicatus mit zum Wärmecentrum des Menschen gerechnet werden müsse, während *Eulenburg* und *Hitzig* bekanntlich den um den Sulcus cruciatus hakenförmig sich herumschlagenden Theil der vierten Urwindung des Hundes, dem die vordere Centralwindung und das Stirnende des Gyrus fornicatus entspricht, als Wärmecentrum bezeichnen. *Ripping* vergisst bei seinen Untersuchungen, dass die Hauttemperatur an verschiedenen Körperstellen gemessen, niemals

überall die gleiche ist, sowohl am Thier, wie am gesunden Menschen, worüber die Untersuchungen von *Senator*, *L. Jacobson*, *Schuelein* u. A. Aufschluss geben. Die von *Ripping* angegebenen geringen Temperaturunterschiede können leicht noch als im Bereich des Physiologischen fallend betrachtet werden. Ausserdem ist nicht erwiesen, dass nicht auf der Hirnhälfte, die der niedrigeren Temperatur entsprach, auch ein Reizungszustand vorhanden war. Zur Illustrirung des vorhin erwähnten Umstandes sei noch erwähnt, dass *Masius* und *Vanlair* berichten, dass die Temperatur des einen Fusses beim Hunde stets grosse Differenzen und unregelmässige Schwankungen innerhalb mehrer Stunden zeigt. — *Lépine* berichtet nur kurz, dass er bei Lähmungen nach Gehirnblutungen Temperaturerhöhungen der gelähmten Seite beobachten konnte. — *Küssner* hat experimentell nachzuweisen versucht, dass partielle Zerstörungen der Grosshirnrinde des Kaninchens constante Temperaturunterschiede in beiden Körperhälften nicht nach sich ziehen, und dass sich die Temperaturcurven derartig operirter Thiere in Nichts von denen ganz gesunder Thiere unterscheiden. — *Rosenthal* konnte niemals in Folge von Reizung der Rindenoberfläche eine Steigerung der Temperatur beobachten. Geringes Sinken derselben an den der Reizung entgegengesetzten Extremitäten war meistens vorhanden.

Burkhardt hat an 13 Männern und 13 Frauen continuirlich Temperaturen gemessen, unter denen sich aber nur 2 paralytische Männer befanden und constatirte verschiedene Abweichungen von der Norm, die er je nach der Art der Abweichung in 3 Gruppen theilt: 1) quantitativ und qualitativ regelmässig veränderter Gang der Temperatur; 2) quantitativ und qualitativ unregelmässig veränderter Gang; 3) quantitativ veränderter Gang der Temperatur mit gar nicht, oder nur selten verändertem Typus. In einer Reihe von Fällen läuft die Tagescurve umgekehrt wie in normalen Verhältnissen, die Abendtemperatur ist niedriger als die Morgentemperatur. *Burkhardt* nennt dieses Verhalten „Typus inversus“. — Sind die Tagesschwankungen gleich Null oder minimal, so spricht er von „Typus continuus“; das normale Verhalten nennt er „Typus rectus“. Nur die Fälle 20. und 26. betreffen Paralytische; nä-

here Betrachtungen sind darüber nicht angestellt. Ich will daher hierbei nicht länger verweilen und nur folgende Bedenken darüber äussern: Die Curve des gesunden Menschen verläuft nach *Damrosch*, dessen Untersuchungen von *Wunderlich* in seinem Buche über die Eigenwärme citirt werden, in folgender Weise: Von 7—10 Uhr Vormittag Steigen um 0,5; von 10—1 Uhr Nachmittag Fallen um 0,1—0,2; von 1—5 Uhr Nachmittag Steigen um 0,2—0,3; von 5—7 Uhr Nachmittag Fallen um 0,3—0,5; wobei bemerkt wird, dass die Mittagsremission zuweilen wegfallen kann, dass das Herabsinken der Temperatur von 5—7 Uhr Nachmittags aber am constantesten ist. Die Angaben von *Ogle* und *Jürgensen* sind allgemeiner gehalten, stimmen aber mit denen von *Damrosch* im Wesentlichen überein. — Es kommt nun darauf an, zu welcher Zeit die Temperaturen bei den betreffenden Kranken gemessen worden sind. Geschah es in der Zeit von 5—7 Uhr, so ist es durchaus nicht selten und gehört nicht in's Bereich des Pathologischen, dass die Abendtemperatur um einige Zehntel tiefer bleibt als die Morgentemperatur. Es dürfte somit nicht zu empfehlen sein, aus diesem Verhalten besondere Classificationen abzunehmen, da es hier durchaus gleichgültig ist, ob Abends einige Zehntel Grade weniger abgelesen werden. Es kommt vielmehr nur im grossen Ganzen darauf an, zu constatiren, in welcher Höhe die Gesammttemperatur sich hält und nur bei ganz abnormen Excursionen verlohnt es sich, die Differenzen zu notiren; ganz abgesehen noch davon, dass man immerhin auf ein Wartpersonal angewiesen, dem es vielleicht auf 1—2 Zehntel nicht gerade ankommt. Ich will gleich hier bemerken, dass die in Folgendem angeführten Temperaturen selbstverständlich nur zum kleinsten Theil von mir selbst gemessen sind. Wenn ich mich auch von der Sicherheit der Messungen oft überzeugen konnte und die Ausdauer und Hingebung betonen muss, mit der sich die Wärter des Geschäftes unterzogen haben, so mag doch mancher kleine Irrthum mit untergelaufen sein.

Ich bin mir wohl bewusst, dass eine ganze Reihe von Forschern das Wärmecentrum im Pons, Medulla oblongata und im Rückenmark gesucht haben und dass auch der Sympathicus wie zu vielen anderen Dingen auch hierbei mit in's Gespräch

gezogen worden ist. Ich möchte jedoch allen den Experimenten von *Naunyn, Quinke, Goltz, Cl. Bernhardt, Heidenhain* etc. nur eine secundäre Bedeutung beimessen, insofern es sich hierbei um Verletzung, resp. Ausschliessung der centrifugalen Leitung handelt. Diese Erklärung dürfte für die von *Heynold* u. A. beobachteten Fälle excessiv tiefer Temperaturen nach Rückenmarksverletzungen, starken Quetschungen selbst peripherer Nerven, wie *Terrillon* jüngst einen Fall veröffentlicht hat, in Anspruch zu nehmen sein. *Terrillon* bestätigt durch seinen Fall die Angaben von *Wallace* und *Weir Mitchell,* welche fanden, dass Compression der Nervenstämme selbst bei absoluter Lähmung niemals örtliche Temperatursteigerung bewirkt, sondern stets Abnahme derselben, während völlige Continuitätstrennung gemischter Nerven in der Regel mit initialer Temperatursteigerung einhergeht.

In Folgendem werden nun die Einzelbeobachtungen dargelegt und näher erläutert, die Temperaturcurven ihrem Verlaufe nach kurz angegeben.

Die Messungen betrafen 14 paralytische Männer, die gestorben und von denen aber nur von 13 der Sectionsbefund angegeben werden konnte. Die Section des vierzehnten musste unterbleiben, da der Leichnam sofort nach dem Tode von den Angehörigen abgeholt wurde. Von diesen 13 Fällen wurde das Gehirn der grösseren Hälfte auch einer mikroskopischen Untersuchung unterworfen und zwar zumeist am frischen Präparate nach den Vorschriften von *Deiters.*

Ferner liegen die Curven und Sectionsberichte von 2 paralytischen Frauen vor. Diesen schliessen sich die Fälle zweier anderer Frauen an, bei denen die Diagnose der Dementia paralytica Einwände zulässt, Fälle, die aber wohl hier einschlagen. Hieran reihen sich die Krankengeschichten und die Temperaturcurven von 11 Männern und 5 Frauen, die jetzt noch am Leben sind. — Die Messungen erstrecken sich auf fast alle Monate des Jahres. Die Zahl der Einzelmessungen beträgt nahe an Elf Tausend. Hiervon kommen auf die 14 Fälle mit Sectionsbefunden die Hälfte, während sich die andere Hälfte auf die übrigen Fälle ohne Sectionsbefunde ziemlich gleichmässig vertheilt. Die einzelnen Fälle, die zu Temperaturbeobachtungen

herangezogen wurden, sind nicht ausgewählte und zurecht gelegte, sondern sie betreffen 10 paralytische Frauen und 25 paralytische Männer, die zu der Zeit, als die Beobachtungen begonnen wurden, gerade in der Anstalt vorhanden waren und die folgenden, die während der Zeit, so lange noch Temperaturen gemessen wurden, zur Aufnahme gelangten. Sie werden deshalb etwas ausführlicher gehalten, damit die Form der Krankheit etwas näher bekannt sei.

Beob. I. Der Oeconomieinspector Eduard S., aus Oschersleben, 40 Jahre alt, entstammt einer zu Psychosen geneigten Familie. Sein Vater und ein Cousin waren geisteskrank. Sonst gesund, erkrankte er 1875, wurde schwerfällig in seinen schriftlichen Arbeiten, die er schliesslich gar nicht mehr liefern konnte und erlitt 1876 angeblich in heftigem Aerger mit Gutsleuten den ersten paralytischen Insult, Sprachverlust, rechtsseitige Lähmung. Die Anfälle wiederholten sich oft und hinterliessen eine immer grössere Apathie und Schwäche. Wegen intercurrirender Aufregungszustände wurde er der Anstalt zugeführt mit rechtsseitiger Facialislähmung, erweiterter rechter Pupille, allgemeinem Tremor, idiomusculären Zuckungen, rechtsseitig verminderter roher Kraft, Schwankungen beim Stehen und Gehen, paralytischer Sprache, heftigem Kopfweh, Frostempfindungen, herabgesetzter Sensibilität. Im November 1876 Diarrhöen. Mai 1877 erfolgen 8 paralytische Insulte mit rechtsseitiger Lähmung und Temperatursteigerungen. Juli 1877 und im September abermals mehrere Insulte, von denen die letzten mit einer Herpeseruption um die Lippen einhergingen. Die Messungen wurden im October 1877 begonnen, zu einer Zeit, in der Patient noch sehr wohlgenährt war, ein dickes Fettpolster hatte, wobei er beschäftigungslos im gewärmten Zimmer sass. Die Temperaturen hielten sich bis Ende des Monats mit nur sehr wenigen Ausnahmen unter 37,0, doch gingen sie nie unter 36,0 herab. Die Tagesdifferenzen sind sehr ungleich und betragen mehrere Male 1,5°, für gewöhnlich nur 0,3—0,4°, doch kommen alle Zahlen zwischen 1,0—0,1 vor. Am 28. Oct. beginnt eine Steigerung der Temperatur von 36,4 bis 37,8, ohne dass ein paralytischer Insult zu bemerken gewesen wäre, nur machte sich ein Congestionszustand nach dem Kopfe, eine grössere Unsicherheit der Sprache, der Bewegungen, sowie Schwindelempfindungen bemerklich. Erst am anderen Tage, 29. Oct. 1877, erfolgt ein eigentlicher paralytischer Insult, doch ohne consecutive Lähmungserscheinungen, wobei die Temperatur bis auf 38,8 ansteigt. Am 30. Oct. ist die Temperatur schon wieder auf 37,2 angelangt, um am 31. Oct. noch tiefer, bis auf 36,8 zu fallen. Von da an bis zum 28. Dec. bietet die Curve nichts Besonderes dar; sie hält sich abermals mit nur 6 Ausnahmen unter 37,0, geht als Maximum bis auf 37,6 einmal; sonst ist 36,4 die niedrigste Temperatur. Diesem monotonen Verhalten der Temperatur entspricht das gleichbleibende psychische Verhalten; eine gewisse

Unruhe ist jedoch stets vorhanden, zu welcher Gesichts- und Gehörstäuschungen in Wechselbeziehung stehen. Die meiste Zeit über sitzt Patient theils schläfrig, theils leise vor sich hinmurmelnd da, kümmert sich um Nichts, hat Alles vergessen, ist nicht orientirt in Bezug auf Zeit und Ort etc. Die motorischen Störungen bestehen gleichzeitig unverändert fort. Am 28. Dec. 1877 stellt sich plötzlich und ohne beobachtete Vorboten ein paralytischer Insult ein, dem bis 31. Dec. noch zahlreiche andere folgen, die nicht gezählt sind, da sie auch Nachts nicht cessiren. Die Curve steigt am 28. Dec. von 36,6—37,6. 29. Dec. 38,6—38,3; 30. Dec. 38,4—38,6; 31. Dec. 39,2—39,6. Am 1. Jan. 1878 fällt sie von 39,6—38,4—37,8. Am 2. Jan. 37,7—38,2; 3. Jan. 38,1—37,1, um sich von da an bis zum 21. Jan. ganz in der Nähe unter 37,0 zu halten. Rechtsseitige Lähmung dauert bis zum 8. Jan. an. In der Zeit vom 9. Jan. bis 22. Jan. schwankt die Temperatur fast nur zwischen 36,6 und 36,8 hin und her, wobei Patient beständig das Bett hütete, still lag, sich nicht entblösste und fast soporös und reactionslos dalag. Am 22. Jan. wird S. von 5 paralytischen Anfällen heimgesucht, denen am 24. Jan. 3, am 26. Jan. 2, am 27. Jan. ein weiterer folgen. Dem entsprechend zeigt auch die Curve spitze Exacerbationen und zwar in folgender Weise: 22. Jan. 36,6 bis 37,5; 23. Jan. 37,7—37,1; 24. Jan. 37,0—38,1; 25. Jan. 37,2—37,9; 26. Jan. 37,2 —38,3; 27. Jan. 37,1—38,7; 28. Jan. 37,0—37,2. Es besteht also immer die Neigung, mit Nachlass des Hirnreizes, nach Ablauf der Anfälle zur Norm zurückzukehren; aber neue Insulte bringen neue Steigerungen hervor. Vom 28. Jan. bis 12. Febr. hält sich dann die Temperatur über 37,0, zeigt als Maximum 37,3; die Tagesschwankungen betragen 0,1—0,2. Vom 12. Febr. bis 18. Febr. macht sich mit dem Aufhören der rechtsseitigen Lähmungserscheinungen ein grösseres Schwanken der Temperatur nach unten bemerkbar mit Differenzen von 0,4—0,6. Vom 18. Febr. bis 14. März hält sich dann die Curve immer unter 37,0, fast ganz in der Nähe von 36,6, mit Differenzen von 0,1—0,2. Von da an ist das Gleichgewicht der Temperatur ganz erheblich gestört. Die meisten Temperaturen halten sich gleichfalls unter 37,0, es kommen jedoch Spitzen von 39,0—38,7 vor, die Tagesdifferenzen betragen oft 1,5—1,7. Als Minimum findet sich am 25. Mai 35,4 verzeichnet. Hand in Hand mit diesen Temperaturschwankungen gehen motorische Störungen, ein schneller Verfall der physischen Kräfte, grössere Unruhe, es wechselt Sopor mit grosser Lebhaftigkeit und Heiterkeit. Patient klettert aus seinem Bett heraus, sucht in den Winkeln umher, ist absolut benommen, beantwortet keine Frage und muss meist gefüttert etc. werden, er bietet das Bild des hilflosesten Paralytikers dar. Als am 16. Juni ein neuer paralytischer Anfall auftritt, steigt die Temperatur nur auf 37,5, nachdem sie fast 14 Tage lang unter 36,8 geblieben war. Erneute Anfälle am 8., 9. und 10. Juli schliessen das Schauspiel mit dem Tode ab, wobei die Temperatur in stetem Steigen begriffen ist und zwar in folgender Weise: 7. Juli 37,4—36,5; 8. Juli 36,2—36,4; 9. Juli 37,6—37,8; 10. Juli 39,0—38,2; 11. Juli 39,3. †.

Der Anfang der Curve in den beiden ersten Monaten zeigt eine eigenthümliche Wellenbewegung. Die Exacerbationen wiederholen sich mit einer grossen Regelmässigkeit aller 6—8 Tage. Im 3. und 5. Monat tritt diese Regelmässigkeit etwas mehr zurück, wobei die sich ziemlich gleichbleibenden Temperaturen nur geringe Excursionen machen, und die Tagesdifferenzen klein bleiben. In den letzten 4 Monaten des Lebens sind die Temperaturschwankungen erheblich. Eigentliche Fieberhaftigkeit, eine physikalisch nachweisbare körperliche Krankheit ist nicht vorhanden.

Die Section ergab Hämatome der Dura mater, des Hirns und Rückenmarks älteren und neueren Datums. Die Oberfläche des linken Corpus striatum bietet ein dunkelrothes, schwärzliches Aussehen dar. Auf dem Durchschnitt erscheint das Corpus wie ein Sieb mit zahlreichen kleinen Ekchymosen und Blutergüssen bedeckt; es ist wie ein Schwamm, aus dem überall aus tausend kleinsten Oeffnungen Blut und Gerinnsel heraushängen. In der weissen Substanz des linken Stirnhirns findet sich ein klein apfelgrosser Erweichungsheerd mit Detritus angefüllt, rostfarbenen Wänden, daneben frische Blutgerinnsel. — Graue Degeneration der Seiten- und hinteren Rückenmarksstränge. Lungenödem, Atheromatose der Gefässe, fettige Degeneration von Leber und Nieren. — Darmschleimhaut leicht catarrhalisch geschwellt.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt: Die Capillaren des Corpus striatum strotzend mit Blut gefüllt, von ungleichen Volumen, ampullenförmige Erweiterungen. In ihrer Umgebung im Hirnparenchym sowohl, wie in den verdickten Gefässwänden selbst Ablagerungen von Pigmentschollen in grösseren und kleineren Häufchen, auch freie Blutkörperchen können bei starker Vergrösserung erkannt werden. Eigentliche Aneurysmen, wie sie von *Meschede* und *Blandford* u. A. beschrieben worden sind, konnten nicht entdeckt werden, wenn man nicht die kleinen Gefässerweiterungen, die die ganze Gefässwand betreffen, als solche betrachten will; sie würden dann wahre Aneurysmen genannt werden müssen, nicht dissecirende. An den Gefässen fällt noch auf, dass die histologischen drei Schichten nicht oder nur sehr schwer von einander zu scheiden sind. Das ganze Gesichtsfeld ist von reichlichem bindegewebigem Stroma durchzogen. Die Ganglienzellen enthalten gleichfalls Pigmentpartikelchen und eine reichliche körnige Infiltration, sodass von Kernen wenig sichtbar ist. Normales Parenchym ist nur wenig übrig geblieben. Die Gefässe der Hirnrinde haben gleichfalls verdickte Wandungen, die vereinzelt Kalkeinlagerungen und fettige Degeneration zeigen. Die Gefässe sind selbst mit reichlichen Körperchen angefüllt und daneben im Parenchym finden sich gleichfalls rothe Blutcongregationen mit Pigmenteinlagerungen. Kleinste miliare Cystchen in der Hirnrinde, wie sie *Ripping* beschreibt, können nicht entdeckt werden. — Die schon makroskopisch sichtbare Degeneration der Hinter- und Seiten-

stränge wird durch das Mikroskop sehr deutlich nachgewiesen. Auch die Gefässe der Rückenmarkshäute haben verdickte Wandungen und sind stark angefüllt und erweitert; in den weichen Häuten kleinkörnige Infiltration.

Beob. II. Der Bahnwärter Martin F., aus Biederitz, 35 Jahre alt, ist Vater zweier gesunder Kinder. Als er im Juli 1875 wegen Diebstahl von Eisenbahnschwellen seines Dienstes entlassen wurde, war er schon krank; er hatte schon vorher über Kopfweh geklagt, war unruhig gewesen. Bald folgten noch andere unsinnige Handlungen, Grössenideen, Aufregungszustände, weshalb am 27. Juli 1875 seine Aufnahme in hiesige Anstalt beantragt wurde. Er bot die Zeichen unverkennbarer Paralyse, Pupillendifferenzen (r > l), allgemeinen Tremor, idiomusculäre Zuckungen, Geh- und Sprachstörungen. Bei der Aufnahme war er frei von psychischen Krankheitserscheinungen, hatte vollkommenes Krankheitsbewusstsein. Appetit, Stuhl, Schlaf wurden nach 4—6 Wochen geregelt. Bis Ende des Jahres 1875 ist F. vollkommen ruhig und gleichmüthig, nur zuweilen etwas traurig. Er geht mit zur Gartenarbeit, die er aber wegen aufgebrochener Pernionen im December aufgeben muss. Im März 1876 kann er wieder zur Arbeit gehen, die er gern und fleissig verrichtet, wobei die Motilitätsstörungen in Gang und Sprache etwas zurücktreten. Im Mai 1876 wird er heiter erregt, will Concerte mit der Harmonika in grossen Sälen geben etc.; dabei psychisch schwächer. Die animirte Stimmung hält vom Mai bis zum August an, ohne dass aber Patient die Arbeit unterbrochen hätte. Trotz guter Nahrungsaufnahme geht der Kräftezustand des Patienten zurück, er sieht elend und kachectisch aus, hat Krankheitsbewusstsein und beruhigt sich allmälig wieder. Im September 1876 wird er verwirrter und schwächer. Als er bei der Arbeit in einen Graben gefallen und durchnässt ist, zieht er sich im Freien nackend aus, um die Kleider zu trocknen. Im October unbesinnlich, sodass er nur tageweise arbeiten kann. Klagen über rheumatoide Schmerzen und Schlaflosigkeit. Ende des Monats nimmt die Unruhe zu, die Grössenideen werden im November lebhafter, sodass Patient sogar zeitweilig isolirt werden muss. Idiomusculäre Zuckungen und allgemeiner Tremor sind dabei vorhanden, kein Fieber. Im December perverse Sensationen, er habe Stahleisen und Zündnadelgewehre im Hals, Brust und Bauch, die zu verschiedenen entstehenden Furunkeln in Wechselbeziehung zu stehen scheinen. Carbunkel im Januar 1877 bringen ihn mehr und mehr herunter. Im Februar ist F. wieder körperlich wohl. Im März treten paralytische Insulte ein, die mit Nasenbluten endigen und mit Temperaturerhöhungen einhergehen. Im April hat sich Patient erholt, die perversen Sensationen halten aber an.

Die Temperaturmessungen beginnen im October 1877, zu einer Zeit, in der Patient sich wohl befand, wenig Krankheitserscheinungen körperlich und psychisch darbot. Er arbeitete fleissig im Garten. Bei gleichbleibendem Verhalten hielt sich die Temperatur durch den ganzen October hindurch meist wenig über 37,0, im Maximum zweimal 37,8, wobei Patient etwas

heiter erregt war, Grössenideen äusserte, dabei aber in seinen Bewegungen viel unsicherer als sonst. Das Minimum beträgt 36,4. Die Tagesschwankungen sind meist gering, Differenzen von 1,0 kommen nur einmal vor, meist betragen sie 0,1—0,3. Im November 1877 wird F. hilfloser, seine Bewegungen unsicherer, er ist benommen, spricht meist gar nicht, sitzt theilnahmlos umher und ist arbeitsunfähig. Dabei kommt er körperlich herunter. Die Temperaturen des November liegen sämmtlich unter 37,0 und halten sich mit sehr geringen Tagesdifferenzen, die zuweilen sogar ganz schwinden, zwischen 36,3 und 36,9 in grosser Stabilität. Vom December 1877 bis Mitte März 1878 bietet die Curve ausser leichter Wellenbewegung nichts Wesentliches dar. Die Temperatur hält sich ganz in unmittelbarer Nähe von 37,0 mit sehr geringen Tagesdifferenzen und schwankt zwischen 36,6—37,4, nur einmal sinkt sie bis auf 36,0 herab. Die motorischen Störungen sind unterdess soweit gediehen, dass Patient für gewöhnlich das Bett hütet, da er allein fast nicht mehr gehen und auch nur unsicher stehen kann. Vom 11. Dec. an wird ein Ulcus lab. sup. mit speckigem Grunde bemerkt, das erst im März 1878 zur Heilung kommt. Von Mitte März an sind die Kräfte des Patienten äusserst reducirt, sodass er nicht mehr selbstständig Nahrung zu sich nehmen kann, häufig die Bett- und Leibwäsche beschmutzt und wie ein Kind gepflegt werden muss. Er lächelt nur noch selten auf Fragen, antwortet nie mehr, blickt stupid in's Leere. Die Kräfte verfallen bis zum Tode sichtlich, Patient vegetirt nur noch, trotzdem bleibt ihm immer noch ein leidlicher Paniculus adiposus. Die Temperaturen gerathen von hier an ganz aus dem Gleichgewicht; es wechseln sehr tiefe Temperaturen mit sehr hohen ab, ohne dass eine äussere Ursache dafür gefunden wäre. Die Tagesdifferenzen betragen oft mehr als 2,0 und zwar liegen die Tiefstände fast stets am Morgen, die Hochstände am Abend. 35,3—37,6 ist der grösste Sprung. Nachdem am 4. Juli 38,0 erreicht ist, fällt die Temperatur in 4 Tagen auf 36,2 und steigt von da stufenförmig in Terrassen bis zum Tode am 12. Juli 1878 an bis zu 38,4. Während der letzten 8 Tage ist Patient soporös, reagirt fast gegen keine äusseren Reize mehr, 3 Tage vor dem Tode kann er nicht mehr schlingen, Lungenödem führt schliesslich zum Tode.

Die Form der Paralyse gehört mehr der hypochondrisch-melancholischen an; die Aufregungszustände sind nur sehr geringer Natur. Traurige Stimmung und allerhand perverse Sensationen bilden die hervorstechendsten Momente. Dem entsprechend bietet auch die Curve wenig Abwechslungen dar, auch kommt die sonst auffälligere Periodicität weniger zum Vorschein. Hohe Temperaturen bietet die Curve überhaupt nicht, paralytische, apoplectische Anfälle kamen nicht zur Beobachtung, nur ein einziges Mal im October 1877 sind Temperaturen von 37,8 zu notiren gewesen, die mit Schwindel-

gefühl und leichter heiterer Erregung verknüpft waren, ein Complex von Erscheinungen, dessen paralytische Natur nicht verleugnet werden kann.

Die Section ergab Neigung zu Verknöcherungen, Ueberbrückung der Art. mening. und Leptomeningitis, Hirnatrophie, linke Arteria vertebr. nur von halb so grossem Volumen wie die rechte. Nirgend ein Bluterguss. Im Rückenmark Trübung der weichen Häute, Schlängelung der Gefässe, Knochenplättchen; graue Degeneration der Hinter- und Seitenstränge bis zur Brustanschwellung deutlich. Aorta atheromatös. Leber und Nieren verfettet. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt an den Gefässen wenig Pathologisches, die Wände zeigen sich etwas verdickt und leicht streifig atheromatös. Die Anhäufung von Blutkörperchen in der Adventitia ist eine minimale, auch im benachbarten Parenchym ist kaum hie und da ein Blutkörperchen zu sehen; auch die Pigmentschollen sind nur spärlich sichtbar. Wohl aber zeigt das Gesichtsfeld sehr reichliches Bindegewebsnetz, stark lichtbrechende, elastische Fasern in der Hauptsache. Die Hirnsubstanz zeigt sich äusserst fest und lässt sich äusserst schwer zerzupfen. Die Ganglien sind uneben, zackig an den Rändern, stark mit körnigem Inhalt angefüllt und als hauptsächlichster Befund ergeben sich die von *Ripping* beschriebenen vacuolenartigen Cystchen in der Hirnrinde vereinzelt. Es würde dieser Befund auch mit der Form der Paralyse übereinstimmen, doch fehlen die Angstzustände mit Selbstmordneigung, wie sie *Ripping* zu diesem Befunde verlangt.

Beob. III. Friedrich Gottlob G., 42 Jahre alt, aus Bischoferode, entstammt einer armen, aber gesunden Bergmannsfamilie und brachte es durch ehrgeiziges Streben, durch Selbstunterricht bis zum Grubenverwalter eines grossen Bergwerks. Nach einem vielbewegten Leben, indem er sich Syphilis acquirirt haben soll, nach Reisen im Kaukasus, am kaspischen Meere etc. erkrankte er nach seiner Zurückkunft im August 1877 und wird angeblich nach erst 14tägigem Bestehen der Krankheit hier eingeliefert, aber bereits im letzten Stadium der Dementia paralytica. Er äussert viele Grössenideen, nennt sich von Steinmetz, Bergwerksbesitzer, will alle Häuser zu Palästen umbauen, auf den abgehauenen Baumstümpfen der uncultivirtesten Urwälder Restaurants errichten, die Dörfer central elektrisch beleuchten, Eisenbahnen von Gummi bauen etc. Auch der Mond ist sein Werk; er telegraphirt sich von allen Banken der Welt unermessliche Schätze herbei, wobei er nur von Trilliarden spricht. Dabei ist G. sehr erregt, schlaflos und demolirt viel. Körperlich: viele Klagen über anhaltendes Kopfweh, Abweichen der Zunge nach rechts, Sprache sehr stark häsitirend, schleppend und aegophonisch, Pupillendifferenzen, deutliche Betheiligung des Rückenmarks, dabei sehr reducirter Zustand. Die Erregung bei der Aufnahme 19. Sept. 1877 und in der ersten Zeit seines Hierseins war so gross, dass er Tagelang isolirt werden musste. Erst Anfang October konnte Patient

an die Temperaturmessungen gewöhnt werden. Es fällt an der Curve ohne Weiteres auf, dass die Hauptsumme aller Messungen unter der Norm, unter 37,0 liegt und zwar gehen von 298 Messungen nur 57 über 37,0 hinaus. Von diesem erreichen wiederum nur 2 die Temperatur von 38,8 und 38,1. Die übrigen liegen sämmtlich unter 37,6. — Nach abwärts fallen die Temperaturen als Minimum auf 36,0, die meisten halten sich zwischen 36,4 und 36,8. Die grösste Tagesfluctuation beträgt 1,5. In der Regel ist die Morgentemperatur die tiefste und steigt über Mittag und Abend und nur in sehr vereinzelten Fällen ist die Abendtemperatur der Morgentemperatur gleich oder gar 0,1—0,2 niedriger.

Im Allgemeinen fällt an der Curve eine gewisse Wellenbewegung auf und zwar sind die einzelnen Wellen ziemlich gleichlang; sie nehmen einen Zeitraum von meist 3 Tagen ein, einige Male 5 Tage.

Hand in Hand mit diesen Temperaturbewegungen gehen gleichfalls gewisse Veränderungen im körperlichen und psychischen Befinden. Schon oben wurde erwähnt, dass die Grundstimmung des Patienten eine maniakalische war, dass Patient überhaupt leicht in Erregung und zwar ziemlich explosiv versetzt werden konnte. Diese Erregungsphasen dokumentiren sich in der Curve durch ein Steigen der Temperatur; auch war dabei eine Zunahme der motorischen Störungen in Gang und Sprache deutlich zu constatiren. Die tieferen Temperaturen waren psychisch durch grössere Ruhe, grössere Verständigkeit und zeitweilig ausgebildetes Krankheitsbewusstsein charakterisirt.

Die motorischen Störungen blieben bemerkbar. Die Temperatur von 38,8 wurde nach einem paralytischen Insult, dem eine rechtsseitige Parese folgte, beobachtet. Die letzten 2 Monate vor dem Tode war G. fortwährend erregt, er kam immer mehr herunter und starb am 28. Febr. 1878 unter den Erscheinungen des acuten Lungenödems. — Die Section ergab Hirnatrophie, Verdickungen der Dura mater, alte Hämatome, Verwachsungen der Dura mit der Pia, starke Atheromatose der Basalgefässe, Oedem der weichen Häute, die beim Abziehen überall Partikelchen der Hirnsubstanz mit fortnehmen. Die Hirnoberfläche, die graue Substanz ist durchweg rosig verfärbt, und fällt gegen die blässere, weisse Substanz sehr auf; die Consistenz ist sehr fest. Die Ventrikel enthalten vermehrtes Serum und sind an ihrer Oberfläche überall stark granulirt. Im Rückenmark findet sich von oben herab bis zur Lendenanschwellung in abnehmender Weise graue Degeneration der Hinterstränge. Ausserdem bestand die Neigung Knochen zu überproduciren, dicker Schädel, ohne Diploë, Exostosen und auf der Innenfläche des Schädels überall flächenförmige Knochenauflagerungen. Im Uebrigen

fand sich geringes Hydropericardium, rechtsseitige, alte pleuritische Verwachsungen und Lungenödem.

Der mikroskopische Befund hat mit dem des ersten Falles manche Aehnlichkeit. Es findet sich eine starke Hyperämie des Hirns, besonders der grauen Massen und der grossen Ganglien, im Verlauf der Gefässe Anhäufungen von Blutkörperchen in geschichteten Massen, die zum Theil in Zerfall begriffen sind; die Gefässe stecken locker in ihrer Umgebung und lassen sich mit Leichtigkeit herausziehen. Die Gefässe selbst sind erweitert, die Schichtung der einzelnen Lagen kaum zu erkennen, überall reichliche Kernwucherungen, doch deckt sich der Befund nicht mit den *Heubner*'schen Ergebnissen, weshalb die Syphilis als ätiologisches Moment wird ausser Betracht kommen müssen. Der Fall kann zur *Heubner-Baumgarten*'schen Controverse nicht verwerthet werden. Die Heerde folgen in Gruppen dem Verlaufe der Gefässe und machen den Eindruck kleiner perivasculärer Abscesschen, ein Befund, der mit der pathologischen Anatomie der Lyssa nach *Benedikt* übereinstimmt. — Das reticuläre Bindegewebe erscheint gleichfalls in breiten Streifen und massig im Gesichtsfeld. Die graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge ist deutlich nachzuweisen, überall finden sich Fettkörnchenzellen.

Beob. IV. Der Färber V. aus Eilenburg, 39 Jahre alt, stammt aus einer gesunden Familie, war aber von jeher reizbar und jähzornig. Als Soldat war er wiederholt syphilitisch und unterwarf sich deshalb Mercurialkuren; die Symptome sind seit 13 Jahren gewichen, trotzdem Patient auch nachher in Venere stark excedirte. Seit 1875 merkten die Angehörigen, dass er vergesslich und gleichgültig wurde, dass er seine Arbeiten verkehrt ausführte. Gegen seine kranke Frau war er so lieblos, dass sie ihn verliess. In Gang und Sprache wurden gleichzeitig motorische Störungen bemerkbar; er rühmte sich wesentlich zum Erfolg des 1866er Krieges beigetragen zu haben, Orden und Geldsummen zu besitzen. In der Zeit vor der Aufnahme (3. Juni 1877) grosse Unruhe, Schlaflosigkeit, Zerstörungssucht, kam körperlich zurück. Bei der Aufnahme äusserst reducirter Ernährungszustand, Sensibilität herabgesetzt, geringes Schmerzgefühl, sodass er an einem Unterschenkelgeschwür herummaneuvrirt ohne Schmerzen davon zu haben, Motilität bedeutend erschwert. Körpergewicht 56,5 Kilo. — Psychisch voll von Grössenwahnideen, einiges Krankheitsbewusstsein: „ich hab's im Kopfe". — Zunächst bleibt Patient noch einige Zeit lang erregt, schläft nicht, sucht mit Koth zu schmieren, zieht sich aus und zerreisst viel. Nachdem er durch wiederholte, tägliche Eingiessungen und das Anstalts-

regimen einigermaassen zur Ordnung gebracht ist, beginnt er sich körperlich zu erholen, die Grössenideen verblassen und die Motilitätsstörungen bessern sich so, dass er mit zur Gartenarbeit geschickt werden kann. Mitte Juni 1877 macht er ein phlegmonöses Erysipel am rechten Unterarm durch, das von einer der draussen erlittenen Fesselwunden ausging. Als im Anfang des October die Temperaturen gemessen werden, zeigen sie Nichts wesentlich Abnormes; sie halten sich immer nahe unter 37,0; im October gehen sie nur 11 mal darüber hinaus und zwar einmal bis 37,9 und einmal bis 37,8, die übrigen liegen alle unter 37,4. Es war interessant zu constatiren, dass mit diesen Steigerungen auch eine Veränderung des psychischen und körperlichen Zustandes Hand in Hand ging. Ein ausgesprochener paralytischer Insult kam nicht zur Beobachtung, wohl aber war Patient schwindelig, sehr schlafsüchtig, benommener als gewöhnlich und in seinen Bewegungen schwerfälliger, allemal wurden grosse Wassereingiessungen gemacht, welche reichliche Fäcalmassen entleerten und einen Nachlass sämmtlicher erwähnten Erscheinungen herbeiführten. Die Wellenbewegung tritt nicht so deutlich hervor, ist nur angedeutet, die Beobachtung überhaupt nicht rein, weil sie durch das erwähnte Erysipelas getrübt wurde. Im November sieht Patient wohler aus, hat auch an Körpergewicht zugenommen (60 Kilo am 10. Nov.). — Während des ganzen Monats bleibt die Temperatur fast immer über 37,0 und erreicht nur 5 mal etwas höhere Temperaturen bis 37,8, mit welchen abermals die geschilderten Veränderungen eintreten. Es fällt auf, dass die Tagesschwankungen in diesem Monat bei besserem Stoffumsatz grösser sind, als im vorigen Monat, wo die Ernährung darniederlag. Patient ging den ganzen Monat hindurch mit zur Gartenarbeit. Im December bot V. die wenigsten Veränderungen dar; er war körperlich wohl, hatte wieder an Gewicht zugenommen (63 Kilo am 10. Dec.) und äusserte nur einmal, dass er das grosse Loos gewonnen habe. Im Januar verfiel Patient sichtlich, die Temperaturschwankungen werden grösser und am 25. Januar tritt plötzlich, ohne besondere Vorboten die profuseste Diarrhoe ein, die mit rapider Temperatursteigerung verknüpft ist, bis 39,0, am 27. Dec. bis 39,5 und ist am 2. Febr. nach Tannin- und Opiumklystieren vorübergehend 2 Tage lang da stabil. Am 4. und noch mehr am 5. Febr. steigt sie auf 40,4 und bleibt über 39, mit starken Morgenremissionen bis zum 20. Febr., von welchem Tage ab die Temperatur rasch sinkt, einige Male bis 35,4, um mit 35,1 am Tode zu endigen. Am 14. Febr. stellt sich ein über den ganzen Körper verbreitetes Ekthyma cachecticum ein. Gleichzeitig mit den hohen Temperaturen änderte sich der psychische Zustand, indem sich das Krankheitsbewusstsein mehr und mehr ausbildete und Patient im hohen Grade hilfsbedürftig erschien. Die Grössenideen blieben ganz fort. Decubitus verzehrte rasch den Rest der Kräfte, am 1. März trat Trachealrasseln, am 2. März der Tod ein.

Das Krankheitsbild bietet manche Eigenthümlichkeiten dar; die paralytischen Insulte sind ganz leichter Art und charakterisiren sich nur als Schwindelanfälle, die zugleich von einer Zunahme der motorischen Störungen gefolgt sind. Lähmung war nicht vorhanden, wohl aber eine deutliche Congestion nach dem Kopfe sichtbar. Die Fiebersteigerung im December kann nicht auf Rechnung der Paralyse geschoben werden, sondern ist der Ausdruck einer ulcerösen Enteritis. Die tiefen Temperaturen im Februar kommen mehr auf Rechnung der tiefen Ernährungsstörung, sind der Ausdruck kachectischer Processe, wofür das Ethyma kachecticum den besten Beweis liefert. Der Organismus ist so tief erschöpft, dass die Wärmeproduction vermöge des darniederliegenden Kräftezustandes und der fast ausgeschlossenen Assimilation von Nahrungsstoffen aufhört, und der Verlust nicht mehr ersetzt werden kann. Auch in diesem Falle tritt die Wellenbewegung mehr oder weniger deutlich zu Tage, die Bogen sind langgestreckter, die Spitzen niedriger dabei.

Die Section des hochgradig abgemagerten mit Ekthymaschorfen und Decubitus bedeckten Cadavers ergab am Schädeldach in der Nähe der Fontanelle 2 Osteophyten, verdickte, mit alten Hämatomen bedeckte Dura, milchige Trübung der weichen Häute, Atrophie, zumal des Stirnhirns, Granulation aller Ventrikeloberflächen. Alte pleuritische Verwachsungen, links ein kleiner frischer Erguss. Linke Lunge oben käsige peribronchitische Heerde von geringer Ausdehnung; unten Hepatisation, sonst Oedem. Magenschleimhaut geschwellt und injicirt und am Dickdarm zahlreiche Geschwüre. Die Zeichnung des Rückenmarks ist verwischt, die Substanz quillt über den Schnitt, Degeneration ist makroskopisch nicht nachzuweisen.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt eine bedeutende Bindegewebswucherung in der Hirnrinde; die Gefässe zeigen in der Intima Rauhigkeiten und Unebenheiten, in der dicken Adventitia Körnchenansammlungen mit Pigment, welches auch in den Fasern des reticulirten Bindegewebes nicht fehlt. Mikroskopisch wird graue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge deutlich nachgewiesen.

Beob. V. Der Oberrossarzt B. aus Merseburg, 39 Jahre alt, entstammt einer gesunden Familie, war selbst immer gesund und geistig begabt, sodass er sich literarisch mehrfach bethätigen konnte. Im Jahre 1872 begann er in seinem Charakter Eigenthümlichkeiten zu zeigen, er wurde gleichgültig gegen seine Familie und im December desselben Jahres kam es zu leichten paralytischen Insulten. Sie begannen mit Congestionen nach dem Kopfe, Erbrechen, unruhigem Schlafe; Verstopfung und Appetitlosigkeit begleiteten sie. In der Zwischenzeit war Patient sehr unruhig. Am 25. April 1873 wurde er hier aufgenommen mit allen somatischen und psychischen Kenn-

zeichen der Dementia paralytica. Er beschäftigt sich hier mit dem Verfertigen von Auszügen aus Roman- und Geschichtsbüchern; Herder's Werke erklärt er für die Seinigen, weshalb er sie durch Notizen täglich vervollkommnet. Am letzten Juli 1875 erlitt er den zweiten paralytischen Insult mit einer ephemeren Temperatur von 39,8; am anderen Morgen war die Temperatur normal. Gleichzeitig körperliche grössere Schwerfälligkeit in Gang etc., psychisch benommen, nicht orientirt, verwechselt Personen. Am 18. September 1874 erlitt er den 3. paralytischen Insult, in der langen Zwischenzeit keinen, unter gleichzeitiger Anwendung prophylaktischer *Koeppe*'scher Wassereingiessungen. Nachdem Patient einige Stunden vor dem Anfall über Kopfweh, Benommenheit und Schwindel geklagt hatte, war er nach demselben vollständig bewusst- und sprachlos und führte aufrecht sitzend zwangsmässig unaufhörlich Drehungen des Kopfes nach links aus, wobei sich der Oberkörper nur wenig betheiligte. Nach wenigen Stunden hörten die Zwangsbewegungen auf und Patient lag regungslos mit geschlossenen Augen im Bett. Abendtemperatur 38,8, Puls 80. Am 19. Sept. beträgt die Morgentemperatur 39,2, Puls 88, die Abendtemperatur 39,8. Bewusstsein, Sprache fehlen noch, blickt starr in die Weite. 20. Sept.: Erkennt Arzt und Wärter, spricht langsam, stotternd einige zusammenhanglose Worte. Temperatur 38,1—39,5. 21. Sept. Temperatur 39,0—39,7.

22. Sept. Temperatur 38,3—39,3. Aufgeregt. Rückt die Möbel umher, räumt sein Bett aus, fällt und zieht sich am linken Arm eine Wunde zu. 23. Sept. Temperatur 37,9—38,6. Die Wunde ist per primam geheilt: ein Pferd habe ihn geschlagen. Grössenideen, lebhaft. 2,0 Chloralhydrat. Am 24. Sept. 1874. Temperatur 36,2—38,3. Nicht orientirt, glaubt sich auf Reisen zu befinden. 25. Sept. Temperatur 36,3—37,5; klar aber sehr apathisch. Chloralhydrat ab. — 1. Oct. Ausser Bett. — Verfällt mehr und mehr, arbeitet nicht mehr, stumpfsinnig. — Am 7. Juni 1875 vierter paralytischer Insult. 8. Juni Temperatur 39,4. Puls 104. — 38,0. Puls 92. Am Abend wieder bei sich, isst etwas, schwitzt heftig, — sucht sich Nadelstiche abzuwehren. 9. Juni fieberfrei, doch noch benommen, ohne Erregung. Darnach stellt sich zeitweilig Euphorie ein. Im Juni und Juli inhaltloses Schwatzen, kennt nicht den Titel des Buches, das er seit Wochen studirt. 2. Juli. Während eines Gewitters hallucinirt er, sieht einen Dragoner im Zimmer, hört reden. 14. August. Fünfter paralytischer Insult; schon am Abend zuvor unsicher im Gang, früh schüttelfrostartige Zuckungen des ganzen Körpers, Gesicht hochroth. Temperatur 39,7 — Puls 120. Wegen zunehmender Unruhe erhält B. 3,0 Chloralhydrat. Im Febr. 1876 hält Patient noch auf sein Aeusseres und putzt an sich herum. Am 19. Mai 1876 erfolgt der sechste paralytische Insult, mit schüttelfrostartigem Zittern, einer Temperatur von 39,3 und einem Puls von 100. Pupillendiff. — 21. Mai wieder ausser Bett. — 18. Sept. 1876 siebenter Insult. Temperatur 38,0. Zwangsbewegungen mit der linken Seite, Zuckungen im linken Fusse. 19. Sept. Temperatur 39,0—37,8; 20. Sept. 36,6. 23. Oct. 1876. Achter Insult.

Temperatur 37,2—39,2. 24. März 1877. Neunter Insult. Nachts häufige paralytische Krampfanfälle, Zuckungen des Kopfes schleudernd nach rechts, im rechten Arm gleichfalls, aller 2 Minuten tritt ein neuer Anfall ein, noch bevor der alte ausgeklungen hat. Temperatur 40,3—40,4. 25. März 1877. Temperatur 38,2—37,8, lallt fortwährend, lacht, verschluckt sich, will aufstehen. 26. März. Temperatur 39,9—39,7, wieder mehre Krampfanfälle. 27. März Temperatur 37,6. — Am 26. April 1877 erfolgt der zehnte paralytische Anfall mit einer Temperatur von 38,3 und so kurzer Dauer, dass Patient schon nach einer Stunde das Bett wieder verlässt. Der elfte Insult wurde am 10. Mai beobachtet, gleichfalls leichter Art, mit einer Temperatur von 38,1—39,2; Patient lag von früh 6 Uhr bis gegen Mittag benommen im Bett, stand von selbst auf und promenirte dann im Garten. Am 19. Mai zwölfter Insult, 38,8, 1/2 Stunde lang absolut benommen und im Bett liegend, dann allein im Garten. Am 20. Mai folgt ein kurzer Erregungszustand mit heiteren Dilirien, Grössenideen. Am 11. Juni, 28. Juli, 1. Sept. erfolgen der dreizehnte, vierzehnte und fünfzehnte Insult, alle von kurzer Dauer und mit Temperaturen in der Nähe von 39,0. Am 24. Sept. 1877 kam der sechszehnte paralytische Insult zur Beobachtung, Temperatur 38,8, der wieder von heftigeren Erregungszuständen gefolgt und von motorischen Störungen begleitet war. Häufig war Patient so geröthet, dass man eine fieberhafte Krankheit vermuthete, die Temperatur ging aber immer wieder zurück und hielt sich mit grossen Tagesdifferenzen immer um 37,0 bis 37,5 und 36,5 laut Ausweis der vom 3. Oct. 1877 ab beginnenden Curve. Am 12. Oct. 1877 erfolgt der siebenzehnte Insult, dem eine Reihe weiterer folgte; sie waren alle den epileptischen ähnlich und fingen einige Male sogar mit dem cri epileptique an; es folgten allgemeine Convulsionen, nicht halbseitige, nicht rythmische Zuckungen einzelner oder halbseitiger Muskelgruppen, sondern allgemeine. Die Temperatur steigt am 12. Oct. von 36,6 auf 37,2—38,5; am 13. Oct. auf 38,9—40,3 und begann erst am Nachmittag dieses Tages zu fallen, nachdem Patient wieder zu sich gekommen war, nachdem er kalte Wassereingiessungen in reichlicher Menge erhalten hatte. Es folgten wieder Erregungszustände; Patient steigt aus einem Bett in das andere, schlug Kranke, zerriss, demolirte etc., war aber dabei absolut benommen, reagirte auf keinen Reiz und antwortete auf keine Frage. Am 16. Oct. erfolgt eine neue, die achtzehnte Gruppe von Insulten, aus 6 einzelnen Anfällen bestehend; am 18. Oct. die neunzehnte Gruppe mit vier Anfällen, am 21. Oct. die zwanzigste mit 7 Anfällen. Dann immer starke Tagesschwankungen mit meist abendlichen Steigerungen. Am 2. Nov. die einundzwanzigste Gruppe von 5 Anfällen. Von da an erfolgt kein Anfall mehr; Patient bleibt ruhiger im Bett liegen, wird hilfloser, muss gefüttert und bezüglich der Defäcation etc. wie ein Kind behandelt werden. Die Temperaturen bleiben unter 37,0, erreichen aber nur einmal 36,0 und einmal 36,2, sonst halten sie sich meist zwischen 36,5 und 36,9. Ende November stellt sich die Temperatur etwas höher ein und hält sich meist um 37,0—37,1—37,2 herum, mit

geringen Tagesschwankungen. Als dieselben Anfang Januar 1878 wieder grösser werden, wird Patient elend, collabirt zuweilen und geht unter den Erscheinungen des acuten Lungenödems bei einer Temperatur von 40,2 vor dem Tode zu Grunde. Die Steigerung erfolgt vom 14. Jan. 1878 an 36,6—37,1; am 15. Jan. 38—38,4 und in der Nacht 40,2. — Ausser absolut hohen Temperaturen mit ausgeprägten paralytischen Insulten, Krampferscheinungen etc. zeigt die Curve auch zahlreiche kleinere Exacerbationen, die in Zwischenräumen von 5—8 Tagen repetiren und die mit allgemeinen Schwindelanfällen und Unruhe in die Erscheinung treten, ohne ausgesprochene Krämpfe. Patient war im Allgemeinen mehr deprimirter, melancholischer Stimmung, neigte zu Grübeleien, weinte oft und hatte beständig Heimweh, so lange seine Geisteskräfte noch nicht ganz erloschen waren. — Die 9 h. p. m. gemachte Section ergab am Schädel die Neigung zu Knochenüberproduction, Knochenauflagerungen etc., Leptomeningitis chronica, allgemeine Hirnatrophie, erweiterte Ventrikel und an der Oberfläche derselben starke Granulationen; am rechten und linken Vorderhorn an der oberen Decke je ein ausschälbares, kleines, erbsengrosses Geschwülstchen. Atheromatose der Gefässe. Im Rückenmark deutliche graue Degeneration der Hinter- und Seitenstränge. Die Lungen enthalten kleine Cavernchen und kleine verkäste Heerde; das übrige Gewebe ödematös. Leber und Nieren verfettet. Im Darm 13 alte im Vernarben begriffene grössere Geschwüre.

Als mikroskopischer Befund ergab sich Folgendes: Die Gefässe der Hirnrinde erweitert, von unregelmässig ausgebuchtetem Volumen, partielle Wandverdickungen, die Umgebung dieser verdickten Stellen ist kleinzellig infiltrirt und zwar kann man die unregelmässig gezackten Contouren von Blutkörperchen erkennen. Der Befund erinnert an das von *Bonnet* und *Poincaré* in ihren anatomischen Untersuchungen über allgemeine Paralyse gegebene Bild, das mir jedoch etwas zu schematisch und zu gefällig erscheint, so dass es mehr der Phantasie genannter Autoren, als der Wirklichkeit zu entsprechen scheint. Das spinnengewebige Netz ist stark entwickelt und zwischen ihm liegen im Verlaufe der Gefässchen und im Parenchym des Hirns selbst Blutkörperchen theils frischeren Datums, theils im Zerfall begriffen; Pigment ist überall reichlich vorhanden. Die perivasculären Räume erscheinen an solchen Stellen, an denen die Infiltration gering ist, gross und erinnern durch ihre Ungleichheit der Contouren an kleine Cystchen. Die erwähnten kleinen Geschwülstchen an der oberen Wand der vorderen Ventrikel stellen sich als Cysticerken heraus.

Der Fall bietet manches Interesse dar. Die Temperaturen sind im Allgemeinen nicht tief unter der Norm, so dass es möglich ist, die noch im Bereich des Normalen liegende Temperatur als ein gelindes Fieber aufzufassen, verursacht durch die krankhaften Processe in den Lungen, doch kann sie auch

durch Ueberwiegen der Lähmungszustände bedingt gewesen sein, zumal Patient ein congestives Aussehen darbot. Es wurde schon im Verlauf der Krankengeschichte die Natur der Krämpfe als epileptoide hervorgehoben, die verlockender Weise mit den Cysticerken in Zusammenhang gebracht werden könnten. Es wird der Fall in Bezug auf die Krampferscheinungen seines paralytischen Charakters etwas entkleidet. Gleichwohl waren die Krankheitserscheinungen in motorischer wie psychischer Beziehung zweifellos paralytischer Natur und gleichwohl spricht der anatomische Befund für dieselbe Anschauung. Die hohen Temperaturen würden auch durch die epileptischen Anfälle selbst erklärt werden können. Die hiesigen Erfahrungen zeigen, dass epileptische Patienten, die heftige Krampfanfälle erlitten haben und im Coma mit röchelndem Athem daliegen, hohe Temperaturen darbieten. Aus der Literatur möchte ich auch den Fall von *H. Parinaud* citiren. Dieser Autor erwähnt von einem Epileptischen, der in 24 Stunden c. 200 epileptische Anfälle hatte, die erst nach 48 Stunden abnahmen und 5—6 Stunden vor dem Tode ganz aufhörten. Während und nach den Anfällen stieg die Temperatur des comatösen Patienten 2 h. a. m. auf 42,2° C. und ¼ Stunde vor dem Tode auf 43,3° C. Verfasser führt die Temperatursteigerung auf eine Lähmung der Gefässnerven zurück, die während der Dauer der Krämpfe anhaltend gereizt wurden.

Beob. VI. — Der Schuhmacher Emanuel B., aus Erfurt, 54 Jahre alt, ist ein stiller solider Arbeitsmann aus gesunder Familie. Im Jahre 1874 wurde er plötzlich rechtsseitig gelähmt, konnte nicht mehr sprechen, war gleichzeitig aufgeregt, unbesinnlich, verwechselte Personen etc. Nach c. 8 Wochen genas er, doch blieb sein Gedächtniss und die Intelligenz schwach. Im März 1877 Verschlimmerung, Grössenideen, so dass er im Juli in sein heimathliches Krankenhaus aufgenommen werden musste. Wegen seiner Gewaltthätigkeit, die zu seinen Grössenideen in Wechselbeziehung stand, wurde er am 22. Aug. 1877 der Anstalt zugeführt. Er war rechtsseitig paretisch, zeigte überall starke fibrilläre Zuckungen, hatte enge, aber gleichweite Pupillen, die sehr träge reagirten, rigide Knorpel, atheromatöse Arterien; seine Sprache war stammelnd, ägophonisch, er äusserte Grössenideen und verrieth eine eminente psychische Schwäche. Am 28. Aug. zeigte er an der rechten Hand herpetische Bläschen, die auf trophoneurotische Störung zurückgeführt wurden. Er war sehr alterirt, sprach viel und weinte oft laut. Schon am 31. Aug. verfällt er in paralytische Heiterkeit. Seine Schlaf-

losigkeit wird mit Morphium behandelt. — Die Temperaturmessungen wurden nach einem paralytischen Anfall begonnen und setzen nach Ablauf der tumultuarischen motorischen Störungen mit 37,8 ein, um aber am nächsten Morgen sich auf 37,0 herabzusenken. Als am 7. Oct. ein erneuter Anfall mit weniger motorischen Störungen eintritt, steigt die Temperatur von 36,6 auf 37,8, um von da bis zum 14. Oct. terrassenförmig auf 36,6 wieder herabzufallen. Der nächstfolgende Bogen vom 14.—18. Oct. ist wenig hoch und hat als höchste Temperatur 37,6 und als tiefste 36,6, und zwar ist der Typus unregelmässig, bald ist die Morgen-, bald die Abendtemperatur höher; dabei betragen die Tagesschwankungen 0,4 als Maximum. Am 19. Oct. erfolgt ein neuer paralytischer Insult, der von rechtseitiger Lähmung und einer Temperatursteigerung bis nur 37,6 begleitet ist. Die Temperatur hält sich immer nahe an 37,5 bis zum 29. Oct. mit geringen Tagesschwankungen bis 0,2, nur 2 mal 0,4. Gleichzeitig hält die Lähmung an, nebenbei erhöhte Reflexerregbarkeit bei andauernd soporösem Zustand. Am 30. Oct. neuer paralytischer Anfall mit consecutiver rechtseitiger Lähmung. Die Anfälle erfolgen Schlag auf Schlag aller 4—5 Minuten, und gleichzeitig macht sich eine Steigerung der Temperatur bemerkbar bis 39,0, um am 31. Oct. steil bis auf 36,8, von wo sie ausgegangen war, wieder herabzufallen. Nach diesem Anfall muss Patient immer das Bett hüten, liegt stets soporös da, sucht wie ein Delirirender mit den Fingern umher, zupft am Bett herum, ist schlafsüchtig, kann nicht stehen, muss gefüttert, catheterisirt, klystirt etc. werden. Dieser Zustand hält bis zum 12. Nov. an. Die Curve während dieser Zeit zeigt noch einige Male hohe Spitzen von 38,0 und tägliche Differenzen bis zu 1,0. Die tiefste Temperatur ist 36,3 geblieben. Im Uebrigen hält sich die Curve immer unter 37,0. Die Hochstände der Temperatur sind mit grösserer Agilität in Reden und Handlungen verbunden. Die Sprache ist unterdessen fast ganz unverständlich geworden. Die Tagesschwankungen werden dann wieder geringer und betragen fast constant nur 0,1—0,2, in unregelmässigem Typus. Gleichzeitig wird auch Patient gleichmässig ruhiger in körperlicher und psychischer Beziehung, er bleibt so bis zum 30. Nov. Von da bis zum 14. Dec. hält sich die Temperatur mit einer Ausnahme von 36,9 immer über 37,0, steigt aber nur einmal über 37,5 hinaus. Die Tagesschwankungen werden etwas grösser und während der ganzen Zeit ist Patient lebhafter, spricht fast fortwährend, hallucinirt, kurz ist leicht maniakalisch; die Unsicherheit der Bewegungen hat sich dabei etwas verloren. Nachdem schon am 12. Dec. die Tagesschwankungen grösser geworden und am 15. Dec. ein Tiefstand von 36,4 eingetreten war, beginnt zugleich mit einem abermaligen paralytischen Anfall ein Steigen bis 38,4, um nach Abklang der Krampferscheinungen schnell wieder unter 37,0 zu sinken. — Schon am 22. Dec. hat sich Patient wieder erholt und die Temperatur hält sich von da an durch den ganzen December, Januar, Februar und Mitte März 1878 hindurch nahe an 37,0 mit sehr ge-

ringen Tageesschwankungen von 0,1—0,2, ohne alle bemerkenswerthe Vorkommnisse. Sogar als Patient im März diarrhöische Stühle hat, tritt in der Temperatur durchaus keine wesentliche Aenderung ein. Patient befindet sich während der ganzen Zeit in relativ gutem Zustande, äussert Grössenideen, ist heiter, isst und schläft gut, durch Wassereingiessung wird für tägliche Ausleerungen gesorgt. Da mit einem Male erfolgt eine rapide Steigerung bis 40,0, ohne paralytische Erscheinungen; im Gegentheil ist Patient psychisch freier und hilfsbedürftiger. Er klagt viel und sein Blick haftet ängstlich am Arzte. Als Ursache dieser Fiebertemperatur wird ein Erysipel entdeckt, das von einer sehr unbedeutenden Kratzwunde am linken Ohre ausgeht. Die Curve im Verlaufe des Erysipels gehört nicht zu den normalen. Während die Temperatur erst mit der Abschuppung zu sinken pflegt und zwar in steiler Weise, sinkt sie hier schon am zweiten Tage wieder unter 37,0, obwohl das Erysipel noch weiter schreitet. Noch während der Abschuppung erfolgt aber ein neuer paralytischer Insult am 18. März, der eine Steigerung bis 38,6—38,8 mit sich bringt. Auch der fernere Verlauf, als infolge ulceröser Enteritis Diarrhoen eintreten, ist unregelmässig, es erfolgt kein Fieber mehr, der Kräftezustand des unruhigen, aller motorischen Coordination beraubten Patienten liegt schwer darnieder und die centrale Regulirung ist so unwirksam, dass unter stetem Sinken der Temperatur am 11. April 1878 der Tod erfolgt. Die Temperatur ist in der letzten Zeit sehr steifzackig; es wechseln Hochstände mit Tiefständen in Differenzen von bis zu 2,6 mit einander ab, das Maximum beträgt 37,9, das Minimum 35,3.— Es verdient auch in diesem Fall hervorgehoben zu werden das in mehr oder weniger regelmässigen Zeiträumen eintretende Steigen der Temperatur über das Niveau ihres sonstigen Standes und der gleichzeitig auftretende, gelinde Erregungszustand, die Exacerbation der Paralyse.

Die Section ergab Neigung zu Knochenüberproduction, Verkalkung der Dura mater, Leptomeningitis, Atheromatose der Gefässe, Oedem des Hirns und der Lungen, Trübung der weichen Rückenmarkshäute, graue, schmierig-weiche Substanz, Darmcatarrh, vom Colon descendens an Geschwüre, die im Rectum mit frischem Eiter überzogen sind. — Mikroskopisch ist zunächst noch an den vom Erysipelas betroffenen Kopfhautstellen die von *Steudener* und in einer Preisarbeit von mir (Leipzig 1873) beschriebene intensive kleinzellige Infiltration des Zellgewebes nachzuweisen. Die Hirngefässe sind stark verdickt, in ziemlich gleichmässiger Weise. Ausserdem ist das reticuläre Bindegewebe stark entwickelt, aber seine Fasern auseinandergedrängt; Pigment findet sich überall. — Die Untersuchung des Rückenmarks ergab unbestimmte Resultate; es war matsch geworden, zeigte viele Fettkugeln, aber unbestimmte Bilder. —

Beob. VII. — Der Schiffer Friedrich K., aus Breitenhagen, ist einige 30 Jahre alt. Vorleben und Familienverhältnisse unbekannt; wird als arbeitsscheuer, zeitweise erregter Mensch am 15. Mai 1876 dem Dresdner Krankenhause zugeführt. Dort hielt er sich in der ersten Zeit ruhig, war vollständig

abulisch und nur selten heftig erregt daswischen. Als er am 16. Nov. 1876 hier aufgenommen wurde, documentirte sich K. ohne Weiteres als Paralytiker, Pupillendifferenzen, Facialislähmung, Gang und Sprache paralytisch; daneben Grössenideen und Neigung zu Gewaltthätigkeiten. Er ist völlig desorientirt, fühlt sich glücklich, ist sehr laut und erregt. Im Juli (5.) erfolgt ein paralytischer Anfall mit Temperaturerhöhung, wonach er wieder heftiger erregt ist, und gleichzeitig blühendere, intensivere Grössenwahnideen äussert. Erst im August erholt er sich körperlich, nachdem er vorher sehr abgefallen war. Im September ist er wieder meist erregt und hat Gehörshallucinationen. Vom 3. October an sind die Temperaturen bei ihm gemessen worden; sie liegen zunächst alle über 37,0 und zeigen Tagesschwankungen bis zu 0,8 Graden. Die gleichartige Phase hält bis zum 10. Oct. an. An diesem Tage verlässt der Kranke das Bett, und sofort sinkt die Temperatur unter 37,0 hinab, nahe an 36,0 und hält sich so mit starken Schwankungen und Unterschieden bis zu 1,7 Grad den ganzen Monat hindurch. Die motorischen Störungen während dieser Zeit waren sehr auffällige und das psychische Verhalten vielfachen Schwankungen unterworfen, so zwar, dass Patient bei den höheren Temperaturen, die sich der Norm nähern oder darüber hinausgehen — 37,8 ist die höchste Temperatur — erregt ist, schreit, lärmt, und zu demoliren sucht, während er bei den Tiefständen stiller vor sich hinsitzt, unverständlich murmelt und mit sich reden lässt. In der ruhigeren Zeit treten die motorischen Störungen stärker hervor. Den ganzen November, Januar und Februar hindurch verhielt sich Patient gleichmässiger ruhig, bewegte sich unter anderen Kranken, ass und trank tüchtig, erholte sich mehr und mehr. Es folgen zwar noch zuweilen unruhige Nächte, das Verhalten ist jedoch im Vergleich zu dem in früherer Zeit sehr gut. Die Temperaturcurve drückt dieses Verhalten durch eine gewisse Monotonie aus; sie hält sich immer nahe an 37,0, nur 0,2—0,3 darüber oder darunter, macht geringe Excursionen von 0,1—0,3 höchstens, nur wenige Male bis 0,5. So geht es fort bis zum 3. Febr. 1878. Am 4. Febr. erfolgen mehrere paralytische Anfälle hintereinander, hauptsächlich rechtsseitige Krämpfe von kurzer Dauer, so dass Patient das Bewusstsein kaum verliert. Die Temperatur jedoch steigt und erreicht am 7. Febr. ihr Maximum von 40,3. So steil wie der Anstieg, fast noch steiler ist der Abfall; es folgen einige ruhige Tage, an denen Patient vollständig stumpf sich verhält und an denen die Temperatur geringe Excursionen macht und sich auf 37,0 hält. Der Verfall erfolgt sichtlich, und wird von Tag zu Tag auffälliger. Am 23. Febr. kann er sich schon nicht mehr allein aufrecht erhalten. Die Temperatur fällt am 25. auf 36,0 und schwankt bis zum Tode, der am 2. April 1878 erfolgt, sehr stark. Es kommen Steigerungen am Tage von 3 Graden vor, 1,5—2,0 sehr häufig, nur wenige Unterschiede halten sich unter 0,5. Gleichzeitig stellen sich Diarrhoen ein, die durch keine Medication erfolgreich bekämpft werden. Die motorischen Störungen werden alsbald so stark, dass Patient gehoben

und getragen, sowie gefüttert werden muss. Oedeme und Decubitus folgen und mit dem Abnehmen der Kräfte erfolgt allgemeiner Tremor, überall idiomusculäre Zuckungen, starke Erhöhung der Reflexerregbarkeit. Patient zupft sich Haare aus, zupft fortwährend an der Bettdecke herum, sucht sich zu erheben, was er aber nicht mehr kann; dabei schreit er oft laut auf, wird unruhiger, macht abwehrende Bewegungen, wenn man sich ihm nähert. Die Durchfälle halten an, bis am 1. April Patient in Agonie verfällt, der er aber erst am 2. April erliegt. Section 20 h. p. m. Stark verknöcherter Schädel, an den Rändern der Gefässfurchen Exostosen, alte und frische Hämatome, Leptomeningitis und Oedem der Häute. Hirn eminent atrophisch, so dass es den Schädelraum bei Weitem nicht ausfüllt und im Stirntheil Raum freilässt, und die Dura wie ein schlaffer Sack darüber hängt. Starke Atheromatose sämmtlicher Gefässe. Lungenödem. Im Coecum Geschwüre; im Uebrigen Injection der leicht geschwellten Schleimhaut. Im Rückenmark schmutzige Färbung, und so geringe Consistenz, dass ein dünner Wasserstrahl Alles zerstört. Auch in diesem Falle erscheinen die Gefässe bei der mikroskopischen Betrachtung alterirt; die Schichtungen sind verwischt, die Adventitia und die sie umgebende Hirnmasse infiltrirt von Blutkörperchen. Daneben reichliches bindegewebiges Stroma mit körniger Infiltration und Pigmentation. —

Beob. VIII. — Friedrich K., Bäckergeselle aus Laubsdorf, 39 Jahre alt, von unbekanntem Herkommen, wurde im Sommer 1877 bei einem Diebstahl ertappt. Es stellte sich heraus, dass er bereits krank war; er verfiel in Tobsucht, sodass er im Polizeigewahrsam an Händen und Füssen gefesselt werden musste. Nachdem er c. 8 Tage lang in dieser Lage verblieben, wurde er arg zugerichtet hier eingeliefert (27. Dec. 1877). Er stellte sich auf den ersten Blick als Paralytiker heraus mit Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen; er war sehr brutal, rücksichtslos und äusserte viele Grössenideen. K. konnte erst Mitte Januar einigermaassen beruhigt und von seinen brutalen Angewohnheiten abgebracht werden. — Die vom 18. Jan. 1878 an gemessenen Temperaturen zeigen grosse Schwankungen, von denen die grösseste von 35,3—37,9 reicht. Die Tagesdifferenzen betragen oft ganze Grade, meist über einen halben Grad und zwar treten mit diesem Verhalten auch grosse Schwankungen im psychischen Befinden auf. Patient zeigt sich bei den höheren Temperaturen erregt, lärmt viel, ist vielgeschäftig; bei den tiefen werden seine Bewegungen unsicher, er stösst unarticulirte Töne, Schreie aus, heult viel, sieht verfallen und blass aus. Zum Schluss stellen sich Diarrhöen ein, die mit leichter Temperaturerhebung das Finale bilden. Schlaganfälle etc. waren nicht zur Beobachtung gekommen, weshalb auch erheblich hohe Temperaturen nicht constatirt werden konnten; wohl aber traten zuweilen die oben erwähnten stärkeren, motorischen Störungen auf. Zu Anfang halten sich die Temperaturen im Allgemeinen nahe an der Linie von 37,0; sie fallen Anfang Februar auf 36,5—36,8. Im März halten sie sich um 36,0, bis gegen Ende des Monats stärkere Schwankungen und Steigerungen

eintreten, die mit leichtem Intestinalcatarrh in Wechselbeziehung gebracht werden können. Auch in diesem Falle ist die Bogenbewegung auffällig; der erste Bogen vom 18.—24. Jan. 1878 tiefster Stand 35,0, höchster 37,8, zweiter Bogen vom 25. Jan. bis 2. Febr. 36,2—37,2; vom 3.—8. Febr. 36,4—37,4, vom 9.—20. Febr. 36,3—37,3; die längere Periode mit geringeren Tagesschwankungen von nur 0,2—0,3, während die übrigen Schwankungen grösser sind, dann vom 21.—23. Febr. die stärksten Schwankungen um 1,5 Grade, einen kurzen Bogen für sich bildend; darauf wieder eine längere Welle vom 24. Febr. bis 7. März mit vereinzelten Schwankungen von 0,4—0,5, sonst geringeren, darum wieder einen längeren Zeitraum einnehmend. Von da an erfolgen grössere Schwankungen, unter denen der Exitus letalis am 26. März 1878 erfolgt.

Die 28 h. p. m. erfolgte Section ergab Leptomeningitis, Hirnatrophie, Lungenödem, Leber-, Nieren- und Herzmuskelverfettung, Atheromatose sämmtlicher Gefässe; starke Ependymgranulationen sämmtlicher Ventrikel, — geringgradigen Magendarmkatarrh. Mikroskopisch: Bindegewebswucherung, Verdickungen der Gefässwände, in deren Umgebung Anhäufungen von Blut- und Pigmentkörperchen.

Beob. IX. Karl Th., Korbmacher aus Schönebeck, 35 J. alt, entstammt einer angeblich gesunden Familie. Er soll bis zum Sommer 1876 gesund, aber nie im Vollbesitz völliger Geistesgesundheit gewesen sein; er war immer unselbstständig und brachte es zu Nichts. Er wurde Anfangs deprimirt, dann unruhig und langsam in allen seinen Bewegungen. Leichte Aufregungszustände bewirkten seine Einlieferung in hiesige Anstalt am 12. Nov. 1877. Er documentirte sich ohne Weiteres nach allen Richtungen hin als Paralytiker, war aber körperlich noch gut genährt. Es gelingt noch bis Mitte Januar 1878 den Patienten in seiner Profession arbeiten zu lassen, doch lässt er dann nach, um körperlich und geistig rasch zu verfallen. Während er sich noch wohl befand, sodass er correct arbeiten konnte, halten sich die Temperaturen in der Nähe von 37,0, zeigen die gewöhnliche Wellenbewegung, aber etwas grosse Tagesdifferenzen, die noch grösser werden, als er benommen umhertaumelt und nicht mehr zu arbeiten vermag. Im Februar wird er so hinfällig, dass er das Bett hüten muss, wobei er der eingehendsten Pflege bedarf. Auch kurz vor seinem Tode zeigt die Curve keine hohen Temperaturen, sie schwankt stark, es kommen grosse Tagesdifferenzen von 35,8—37,0 vor und nur kurz vor dem Tode, der am 29. März 1878 erfolgte, war eine Temperatur von 38,5 zu verzeichnen, als Ausdruck eines terminalen paralytischen Insultes mit rechtsseitigen Zuckungen. — Die Section ergab alte rostfarbene Hämatome der Dura, starke Hirnatrophie, Leptomeningitis, stärkste Atheromatose der Arterien und als Todesursache allgemeines Lungenödem. — Ein Heerd im Hirn wurde nicht gefunden.

Beob. X. Der 35 J. alte Handarbeiter Friedrich T. ist ein wenig begabter Mensch, der einer gesunden Familie entstammt. Er erkrankte

1871 vor Belfort und kam krank, arbeitsscheu und unanstellig in seine Heimath zurück. Am 20. Nov. 1877 wird er geistig und körperlich sehr reducirt im letzten Stadium der Dementia paralytica hier aufgenommen. Ohne vorausgegangene Erkrankung starb er hier an Lungenödem am 17. Dec. 1877. Die Temperaturen vom 1. Dec. an halten sich in der Hauptsache zwischen 37,0 und 38,0, machen starke Tagesschwankungen, von denen die grösste 1,8 beträgt. Vom 4.—10. Dec. erstreckt sich ein Bogen, der bei 36,8 beginnt, in 37,4 seine Culmination erreicht und auf 36,8 zurückkehrt mit Tagesschwankungen von 0,2—0,6. Vom 11. Dec. an fällt die Temperatur, am 14. Dec. bis 34,5, am 15. Dec. bis 34,1. Dabei collapsähnlicher Zustand, der in Agone übergeht. Am 16. Dec. folgen klonische Krämpfe mit einer Temperatursteigerung bis auf 38,2, um von da ab am 17. Dec. bis auf 33,7 zu fallen, einer Temperatur, die dem Tode des Patienten unmittelbar vorangeht.

Die 30 h. p. m. gemachte Section ergab ausser der allgemeinen Neigung Knochen zu überproduciren, Hirnatrophie, Atheromatose der Gefässe, Lungenödem, Fettleber und Nieren, sowie ganz leichte catarrhalische Schwellung der Darmschleimhaut, nirgend aber einen pathol. Befund, der das Verhalten der Temp. erklärte.

Beob. XI. Der Arbeiter D. aus Genthin, 27 J. alt, starker Potator, war ein ärmlicher Vagabond wie sein Vater und Bruder. Die Eltern sind geistig arm, ein Bruder ist Idiot. Obwohl er in seinen Schuljahren an Epilepsie litt, wurde er doch Soldat und machte 1870/71 den Feldzug mit. Im August 1877 hat er seinen trunkenen Vater mit Hilfe seines Bruders so arg misshandelt, dass ersterer starb. Patient beschäftigte sich in der letzten Zeit als Grubenräumer und stand als solcher fast den ganzen Tag bis an den Unterleib im Wasser. Anfang September blieb er in einer kalten Regennacht betrunken im Strassengraben liegen. Am nächsten Morgen war sein Sprachvermögen so gestört, dass er nur noch lallen konnte. Er verfiel darauf in einen schlafsüchtigen Zustand, der nur durch gieriges Essen unterbrochen wurde. Aufregungszustände bewirkten die Aufnahme in hiesige Anstalt. Er zeigte hier sämmtliche Merkmale einer zweifellosen Paralyse. Patient wird nach einem am 22. Dec. erlittenen Schlaganfall bettlägerig, erholt sich nicht wieder und geht unter dem Ueberhandnehmen aller paralyt. Erscheinungen an Decubitus und Brand zu Grunde. Die vom 22. Nov. angefangene Curve zeigt nach dem Schlaganfalle eine Temperatur von 37,2, also kein eigentliches Fieber. Es zeigt sich aber im ferneren Verlaufe, dass die Temperatur bei dem Kranken überhaupt tief, nahe auf 36,0 und darunter regulirt ist und dass somit eine Temperatur von 37,2 immerhin eine leichte fieberhafte Erhöhung bedeutet, sie bleibt bis zum Tode, der am 16. Dec. bei einer Temperatur von 34,6 erfolgt war, unter 36,5 und zeigt nur 3 Spitzen von 37,0, entsprechend der allgemeinen Wellenbewegung der Curve. Die Tagesschwankungen betragen im Maximum 0,4, nur einmal 1,4 im Typus rectus. Es wird noch bemerkt, dass Patient

äusserst hilflos war und eine bedeutend erhöhte Reflexerregbarkeit zeigte. — Die Section ergab ausgeprägte Hirnatrophie, Leptomeningitis, Atheromatose der Gefässe und Lungenödem. Die weichen Häute liessen sich nur mit Substanzverlust abziehen. Mikroskopisch: Fettkörnchenzellen, reichliche Bindegewebsvermehrung, weite Gefässlumina mit verdickten Wänden.

Beob. XII. Der Bergmann Friedrich S. aus Bitterfeld, 42 Jahre alt, war ein Mann von geringer Bildung, galt aber als fleissiger und solider Arbeiter. In den 60. Jahren machte er Gelenkrheumatismus durch. Seit 1876 fühlt er sich krank, wird schweigsam, reizbar; es stellten sich Grössenideen und Aufregung ein. Bei der Einlieferung am 1. Dec. 1877 documentirt er sich als tabetischer Paralytiker. Patient ist bis Mitte Januar erregt, dabei aber körperlich wohl und noch gut genährt. So lange Patient aber abnimmt, elend wird und immer unsicherer in seinen Bewegungen, macht die Temperatur Excursionen bis 1,2. Die Schwankungen kommen aber zum Ausgleich mit grösserer Ruhe und Behaglichkeit. Die Temperatur hält sich immer zwischen 37,0 und 37,2, fast ohne Excursionen den ganzen Februar hindurch bis Mitte März. Als in Folge von Furunkeln und Carbunkeln tiefere Ernährungsstörungen sich zeigen, steigt die Curve terrassenförmig bis auf 38,6 an als Maximum; nach der Incision fällt sie wie im normalen Verhältnissen herab, um bald darauf wieder in grossen Sprüngen zu steigen; trotzdem macht sich aber auch in diesem Falle eine gewisse Wellenbewegung bemerkbar, zeigt sich das Bestreben die hohen Modulationen auszugleichen. Gleichzeitig wurde Patient immer hinfälliger, bis eine linksseitige Pleuritis den terminalen Effect am 7. April 1878 herbeiführte, wobei aber die Temperatur nur bis 38,6 stieg und von da an bis auf 36,2 herabfiel. — Die Section ergab Verdickungen, Kalkeinlagerungen und alte Hämatome der Dura mater, Hirnatrophie, Leptomeningitis, starke Atheromatose der Basalgefässe, erweiterte, strotzende gefüllte Hirnventrikel; in den weichen Häuten des Rückenmarks, die getrübt sind, zahlreiche Knochenplättchen, graue Degeneration der rechten Seitenstränge.

Beob. XIII. Der Bergmann Wilhelm D. aus Nietleben ist seit 7 Jahren kinderlos verheirathet, Onkel mütterlicherseits war geisteskrank. Patient war schon zur Zeit der Verheirathung impotent und litt angeblich noch an Lues. Auch trank er täglich seinen Schnaps. Seit c. 2 Jahren klagt er über Eingeschlafensein der Glieder, jammerte und wimmerte fortwährend; er sei Nichts werth; er hatte viel Präcordialangst und Kopfweh, rannte den Kopf an die Wand, verletzte sich selbst etc. Mit diesem melancholischen Erregungszustand wurde er hier aufgenommen, und als zweifelloser Paralytiker erkannt. — Obwohl sich Patient sehr unruhig verhält, sich auskleidet etc., ist doch die Temperatur immer nahe an 37,0, geht sogar darüber hinaus; die Tagesexcursionen betragen 0,3—0,4. Am 12. Nov. entsteht links eine Ohrblutgeschwulst. Am 13. Nov. steigt die Temperatur bei zunehmender Unruhe bis 37,4, um von da bis auf 36,2 am 15. Nov. zu fallen. Bei dem bleibenden Tiefstand wird Patient ruhiger, gleichzeitig aber schwerfälliger

in seinen Bewegungen. Am 17. Nov. steigt die Temperatur nach einem Schlaganfalle mit consecutiven Lähmungserscheinungen in der nach solchen Insulten gewöhnlichen Weise, nämlich am 17. Nov. 36,2—36,6—36,9; am 18. Nov. 37,2—37,8—37,6; am 19. Nov. 37,4—37,9; am 20. Nov. —38,5, worauf der Tod erfolgt, nachdem Patient nicht wieder zu sich gekommen und die linksseitigen reflexartigen Zuckungen fortgedauert hatten. — Die Section ergab: Allgemeine Neigung zu Knochenneubildungen, Leptomeningitis, blutreiche, feste Hirnsubstanz, Atrophie der grauen Massen, leichte Atheromatose, — keine Residuen eines apoplectischen Heerdes.

Beob. XIV. Der 33 J. alte Gutsbesitzer Wilhelm S. aus Melzwig, ohne neuropsychopathische Anlage, machte das Gymnasium bis Tertia durch und erlernte dann die Landwirthschaft. Seit seiner Rückkehr aus Frankreich — vor Metz erkrankte er am Typhus — ist er verändert, zanksüchtig. Seit 1875 ist er merklich psychisch krank, leidet an Gedankenschwäche, Kopfweh, Schlaflosigkeit, Sprachlähmung, motorischen Störungen, Rückgang des Ernährungszustandes, Impotenz. Bei der Aufnahme am 28. Juli 1877 zeigt er sich noch leidlich genährt, die linke Pupille ist grösser als die rechte, die Sensibilität stark herabgesetzt, Störungen in Gang, Schrift und Sprache, total darniederliegende Intelligenz, Störungen des Gemeingefühls; er sei zu Eis geworden, habe keine Augen, keine Zunge, kein Leben mehr, jammert, lärmt viel in monotoner Weise, beantwortet keine Frage. Im Sept. 1877 verfällt er sichtlich und im October wird er bettlägerig. Die Temperatur schwankt vom 3.—9. Oct. zwischen 36,0 und 37,0 mit Tagesschwankungen im Maximum von 1,0, einige Male, ohne jede Tagesdifferenz. Am 9. Oct. fällt sie auf 35,0; am 10. Oct. auf 34,1. Patient war dabei sehr hilflos, zeigte bedeutend erhöhte Reflexerregbarkeit und surrte beständig vor sich hin. Durch Wärmflaschen, heisse Bäder von 39—40° C., Glühwein und Campherinjectionen wurde Patient über den Collaps hinweggebracht, schon am 11. Oct. ist eine geringe Steigerung bis 34,4 bemerkbar, die am 12. Oct. auf 34,2 sinkt und dann auf 35,2 steigt. Am 13. Oct. 35,1 – 36,0—36,8. Bis zum 18. Oct. zeigt die Curve starke Schwankungen mit Tagesdifferenzen von im Maximum 1,2 und hält sich zwischen 36,0 und 37,6. Nachdem sich allmählig das Gleichgewicht wiederhergestellt im körperlichen Befinden, kehrt die Curve in die Nähe von 36,0 zurück und entfernt sich bei ganz ruhigem Verhalten des Kranken in kleinen Schwankungen nur bis 36,3. Die Unruhe, die zitternden Reflexbewegungen beginnen schon am 22. Oct. wieder und bringen eine Steigerung in Sprüngen von 0,4—0,6 bis zu 37,5 mit sich, von wo ab ein stetes Fallen beginnt in Sprüngen von max. 1,0. Am 1. Nov. ist die Curve bereits wieder auf 35,0 angelangt. Am 2. Nov. fällt sie bis auf 32,0 herab und erhebt sich bis Mittags auf 35,0, kommt auch am Abend nicht darüber hinaus. Am 3. Nov. 31,5—32,0—35,1. Am 4. Nov. früh erfolgt der Tod bei einer Temperatur von 30,0. Es versteht sich von selbst, dass Alles gethan wurde, um die Temperatur wieder zu heben, wollene warme Umhüllungen, Wärmflaschen,

Glühwein, heisse Bäder, Reiben, Bürsten etc., aber Alles vergeblich. Die Curve zeigt zuletzt grosse Schwankungen von im Maximum 3,5, ist aber immer bestrebt, wieder zur Norm zurückzukehren; das Centralorgan ist aber bereits unfähig, die erlittene Einbusse zu ersetzen. — Die Section musste unterbleiben, doch wird bemerkt, dass Patient ausser geringer Diarrhoe während dieser Tage im September nie krank war, dass die tägliche physicalische Untersuchung negativ ausfiel und dass der Puls nur einmal unter 40 herabging, und sich sonst stets um 60 hielt.

Beob. XV. Die Tischlermeistersehefrau Johanne W., aus Wernigerode, 44 Jahre alt, wurde angeblich Anfang des Jahres 1876 geisteskrank, nachdem ein Jahr zuvor die Menses cessirt hatten. Sie vernachlässigte ihre Wirthschaft, zerschnitt Kleider und Wäsche, um sie als Lumpen zu verkaufen etc. Nachdem sie im August 1876 in das Wernigeroder Krankenhaus aufgenommen war, wurde sie am 25. Sept. 1877 nach hiesiger Anstalt translocirt. Sie ist eine dicke, fette Person, mit ausgesprochenen tabetischen Erscheinungen, die sich auch durch ihren Gang und ihre Sprache, sowie starken Tremor als paralytisch kennzeichnete. Die Temperaturen schwanken zu Anfang zwischen 35,6 und 38,1. Die Tagesschwankungen betragen mehremale 2,0 und zeichnen sich im Allgemeinen durch ihre Grösse und Steilheit aus. Daneben kann man aber ebenso deutlich das Schwanken des Allgemeinbefindens erkennen. Am 15. Oct. findet ein stärkeres Steigen statt; gleichzeitig wurde Patientin unbesinnlich, konnte nicht mehr stehen, wurde livide, und musste zu Bett gebracht werden; sie erholte sich nicht wieder, und ging unter dem Ueberhandnehmen aller paralytischen Symptome — die leichte Diarrhoe wurde auch als solches aufgefasst — zu Grunde am 17. Nov. 1877. — Die Section ergab Trübungen der weichen Häute, Kalkeinlagerungen in die Dura mater, Hirnatrophie, Granulation der Ventrikeloberflächen, Atheromatose der Gefässe, Hypertrophie des linken Herzens bei bestehender Verfettung der Musculatur und eine apfelgrosse Ovarialcyste linkerseits. Im Dickdarm bestand ganz oberflächliche Schwellung und Lockerung der Schleimhaut.

Beob. XVI. Die Handarbeitersehefrau Elisabeth M., aus Rimbach, soll aus einer gesunden Familie stammen; über ihre Jugend und Vorleben ist Nichts bekannt. Der Mann schildert sie als eine fleissige, ordentliche und verträgliche Frau. Sie gebar vor der Ehe 2 mal und in der Ehe 4 mal stets todte Kinder. Im December 1876 erlitt sie an 3 Tagen hinter einander die ersten paralytischen Insulte, die von heiterer Erregung, Grössenideen etc. gefolgt waren. Als sie schlaflos wurde, und rücksichtslose, gemeingefährliche Handlungen beging, wurde sie am 15. Sept. 1877 hier aufgenommen, mit Pupillendifferenzen und ausgeprägten Lähmungserscheinungen. Sie ist stark mikrocephal, hat ein livides, gedunsenes Aussehen, ist gut genährt, nicht orientirt, äussert Grössenideen und vergisst das Ebengesagte. Die Curve hält sich im October zwischen 36,0 und 38,0 und schwankt zwischen

beiden in 6 meist fünftägigen Bogen hin und her, wobei die anfänglichen Tagesunterschiede gross sind und sogar 1,6 erreichen. Patientin befindet sich am wohlsten, wenn die Temperatur tief bleibt auf 36,0 oder wenig darüber und beginnt zu klagen und sich unwohl zu fühlen, sobald die Temperatur über 37,0 hinausgeht. Sie hat dann viel Kopfweh, Athemnoth, Brustschmerzen, unter denen sie wahrscheinlich Präcordialangst versteht, lallt stark mit der Zunge und ist so unsicher, dass sie weder allein essen noch allein gehen kann. Dieser krankhafte Zustand hält 1 oder 2 Tage an und kehrt in wiederum 2 Tagen zu relativ besserem Befinden zurück. Derartige Culminationspunkte kehren im Monat October 6 wieder. Im November nur einmal, aber stärker, als alle bisherigen, wobei die Temperatur in 3 Tagen bis auf 38,5 steigt und staffelförmig in 4 Tagen auf 37,0 zurückgeht, um sich dann immer darauf oder wenige Zehntel darüber zu erhalten. So geht es den ganzen November hindurch mit geringen Tagesschwankungen von 0,1—0,3, wobei die Patientin körperlich und psychisch wohler erscheint, sich sogar etwas mit Stricken beschäftigt. Erst am 1. Dec. steigt die Curve einmal auf 38,4 mit denselben Begleiterscheinungen der oben geschilderten Art. Von da an fällt die Temperatur nicht mehr unter 37,2 zurück, erreicht in scharfen Spitzen wiederholt 39,0 und als Maximum 39,5, die Tagesdifferenzen betragen oft 1,5 Grade. Es tritt bei diesen hohen Temperaturen ein rascher Verfall der Kräfte und ein schnelles Ueberhandnehmen der motorischen Störungen, und dazu Benommenheit, die sich bis zur Bewusstlosigkeit steigert, ein. Einige Male ist diarrhoischer Stuhl beobachtet worden, niemals aber Organerkrankung bis auf wenige Tage vor dem 8. Jan. 1878 erfolgenden Tode, hypostatische Pneumonie, die mit dem Decubitus als eine Folge des vierwöchentlichen Krankenlagers zu betrachten ist. Die Temperatur stieg dabei am 4. Jan. 1878 auf das Maximum von 39,5, um von da bis kurz vor dem Tode auf 34,5 zu fallen. — Rechnet man den letzten Monat ab, weil die Curve durch die Darmerkrankung beeinflusst sein konnte, so bleibt der übrige Theil für die Paralyse charakteristisch genug. Uebrigens dürften der Decubitus, sowie die Darmgeschwüre, die sich bei der 18 h. p. m. gemachten Section vorfanden, als Folgen centraler Lähmung, als centrale Ernährungsstörungen aufzufassen sein. Es fanden sich fernerhin eminente Hirnatrophie, Leptomeningitis, überall Kalkeinlagerungen und die Neigung zu Senescoiren, Atheromatose der Gefässe, Verdickungen der Herzklappen, geringe Hypostase in den Lungen, sowie Atrophie von Leber und Nieren.

Beob. XVII. Der nachfolgende Fall von abnorm tiefer Temperatur dürfte ein allgemeineres Interesse in Anspruch nehmen, einestheils deshalb, weil Beobachtungen über ganz abnorm tiefe Temperaturen nicht sehr häufig gemacht sind, anderntheils, weil es sich hier nicht um Collapstemperaturen handelt, wie sie in der Agonie vorkommen, sondern meines

Erachtens nach bedingt sind durch eine Lähmung des excito-calorischen und moderirenden Centrums (*Liebermeister*).

Die bisher bekannt gemachten Fälle von *Löwenhardt* und *Zenker* betreffen sehr marastisch gewordene, heruntergekommene, maniakalische Individuen, bei denen der Wärmeverlust durch allzugrosse Strahlung bedingt war, durch Entblössen, Bäder bei tiefer Zimmertemperatur etc., und für die eine centrale Ursache, wie sie *Löwenhardt* und nach ihm *Wagner* und *Liebermeister* in Anspruch nehmen, vielfach bestritten worden ist. — In den übrigen bekannt gewordenen Fällen handelt es sich um Alkoholintoxication, so bei *Weiland*, *Reinke* und bei *Fräntzel*, der in einem Falle nach einer Temperatur von 24,6 Genesung eintreten sah und in einem anderen eine Temperatur von 23,8 mit lethalem Ausgang beobachtete. — In dem hier vorliegenden Falle waren äussere Schädlichkeiten mit Sicherheit auszuschliessen. Der Verlauf war aber folgender:

Die Arbeiterfrau Wilhelmine G., aus Prettin, 36 J. alt, hatte einen Säufer zum Vater und war als Kind rhachitisch. Sie galt von Jugend auf als eine beschränkte Person, wurde aber noch rechtzeitig confirmirt. Ihr fernerer Lebenswandel war ein höchst leichtfertiger. Nachdem ihre Menstruation im 20. Jahre eingetreten war, gebar Patientin zweimal aussereheliche Kinder. Die erste Geburt musste wegen eingekeilter Schulterlage künstlich beendet werden, die zweite verlief normal und zum dritten Male, nachdem sie am 4. März 1877 sich verheirathet hatte, abortirte sie in der ersten Hälfte der Schwangerschaft. Ihre Ehe war eine höchst unglückliche. Patientin lief im Juli 1877 vom Manne weg und trieb vagabondirend auf offener Landstrasse Hurerei. Sie wurde in Polizeigewahrsam genommen, als sie versuchte das Haus ihres Wirthes anzuzünden und ihr Kind in's Wasser zu werfen. Hier war sie Tag und Nacht unruhig, unreinlich, zerriss, zog sich aus, riss einen Ofen ein und wurde deshalb von ihrer unverständigen Wachmannschaft arg gemisshandelt. Am 13. Sept. 1877 wurde sie in die hiesige Irrenanstalt aufgenommen, mit einem Körpergewicht von 5600 Grammen. Sie sah blass aus, zeigte blasse Schleimhäute und hatte eine schmutzig gelbe, glatte Haut, die sich wie Speck oder Wachs ausnahm und ähnlich anfühlte. Der Panniculus adiposus war gut entwickelt. Ihre Organe boten physikalisch keine Abnormitäten dar, nur das Herz war sowohl in der Breite, als in der Länge etwas vergrössert, die Herzaction beschleunigt, der Puls sehr klein, 96 in der Minute, Herztöne rein, aber kraftlos, so dass man schon genau hinhören musste, um sie nur wahrzunehmen. Ihr Unterleib war aufgetrieben und es entleerten sich nach wiederholten grossen, warmen Wassereingiessungen reichliche feste Kothmassen.

— Der Schädel war klein, die Stirn sehr schmal und niedrig, der Haarwuchs dicht und grob, die Ohren weichen in ihrer Wölbung vom Normalen etwas ab, die Furca zeigte sich am oberen Ende dreigetheilt, der Helix war defect und fehlte im unteren Ende ganz, die Ohrknorpel waren rigide. Die linke Pupille war sehr auffallend erweitert, die Zunge und Uvula wichen nach links ab. Am ganzen Körper starker Tremor, der Gang unsicher und schwankend, das linke Bein wird nachgeschleppt; Patientin kann nicht auf einem Beine stehen, schwankt bei offenen Augen, auch auf beiden Beinen, fällt schliesslich öfters um und zieht sich an den Orbitalrändern dadurch mehrfache kleine Verletzungen zu. Gegenstände, die man ihr in die Hand giebt, lässt sie fallen, auch vermag sie nicht allein zu essen. Sprache stotternd, langsam, wälzt die Zunge hin und her, sodass man die Kranke kaum verstehen kann. Die Sensibilität war herabgesetzt, sie unterschied nicht die Nadelspitze vom Kopfe und über die Entfernung beider Zirkelspitzen gab sie stets falsche Angaben. — Ptyalismus intermittirend. — Es stellte sich heraus, dass die G. beständig hallucinirte; sie hörte und sah, wie viele Leute an der Thür gehenkt würden und construirte sich aus Punkten und Flecken an der Wand allerlei schreckliche Scenen und Bilder zusammen. Sie war dabei ängstlich und zitterte am ganzen Leibe und machte selbst auf ihren Zustand aufmerksam. Auch meinte sie gläserne Augen, gläserne Beine zu haben etc. Ihre Sprache war stotternd, sie antwortete stossweise und blieb mitten im Satze, ja mitten im Worte stecken; die Zunge konnte sie nicht gut regieren, sie lallte wie eine Paralytische; mitunter seufzt und stöhnt sie, knirrscht mit den Zähnen und hält so lange den Athem an, bis sie im Gesicht ganz livid wird; dabei behält sie den Mund, der nach links hängt, weit offen und nur äusserst selten schnappt sie einmal nach Luft. Nachdem sie das Spiel 5—7 Minuten fortgesetzt, holt sie schnell hinter einander keuchend Athem, um bald darauf von Neuem in oben geschilderter Weise den Athem anzuhalten. — Der Schlaf war sehr unruhig und trat manche Nächte gar nicht ein; sie war Tag und Nacht rege, lärmte viel; unter anderen Kranken störte sie sehr, fuhr auf sie los, schlug etc. Um sie vor Erkältung zu schützen, wurden ihr wollene Röcke und darüber ein unausziehbares Kleid von Segeltuch angezogen und für eine genügend warme Zimmertemperatur gesorgt. — Wegen ihrer Unruhe und Schlaflosigkeit erhielt sie Abends 2,0 Chloralhydrat mit 0,02 Morphium aceticum, wodurch aber nur bis Mitternacht einige Ruhe bewirkt wurde; es musste aber am 21. Sept. wegen eingetretenem Speichelfluss und Oedem der Füsse mit dieser Therapie ausgesetzt werden. — Patientin wurde nach und nach ruhiger, aber dabei immer steifer in ihren Bewegungen und konnte alsbald nicht mehr gehen. Sie wurde warm angekleidet wie sie schon war, ausserdem noch in erwärmte wollene Decken gehüllt, ihr eine Wärmflasche unter die Füsse gegeben und sie im Lehnstuhle an einen hochtemperirten Ofen gesetzt, mit einer Wärterin zur beständigen Aufsicht. Erst am 3. Oct. war es möglich, die Temperatur genau zu messen. Es fand sich

Mittags 12 Uhr 31,2. Dabei war ihre Haut cadaverös kalt, lederartig fettig anzufühlen. Glühwein, Thee, Kaffee und andere heisse Getränke, die sie alle mit Gier zu sich nahm, wie überhaupt ihr Appetit sehr rege war, sodass Patientin oft zwei Portionen hintereinander verzehrte und ausserdem täglich 1 Liter Milch, 0,5 Liter Bouillon und 2 Eier zu sich nahm — heisse Bäder, Reiben mit Bürsten und Wolle, Camphorinjectionen etc. bewirkten eine geringe Steigerung der Temperatur bis 32,1. Es erfolgte aber am Abend und in der Nacht ein Rückgang bis auf 31,0. Abermals am 4. Oct. wurde die Kranke unter der sorgfältigsten Aufsicht und Abwartung, den Abreibungen im heissen Bade 3—4 stündlich unterworfen. Es gelang nur vorübergehend die Temperatur jeden Tag um wenige Zehntel in die Höhe zu bringen; es trat immer erneutes Fallen ein und Patientin starb unter den Händen der Wärterinnen in Gegenwart des Arztes im heissen Bade am 8. Oct. Abends nach 6 Uhr mit einer Körpertemperatur von 25,8, nachdem der Puls bereits nicht mehr zu fühlen war.

Ich brauche wohl kaum anzuführen, dass die Temperaturmessungen, welche im Anus gemacht wurden, mit aller Genauigkeit geschahen und dass sich die übrigen Aerzte von der Richtigkeit der Beobachtungen sämmtlich überzeugt haben. Die Einwände, die die gestellte Diagnose der Dementia paralytica zulässt, könnten darin bestehen, dass die vorhandenen paralytischen Symptome als Folgen der tiefen Temperatur anzusehen seien; die Somnolenz etc. stimmen mit den darüber vorhandenen Schilderungen überein; doch vergisst man, dass die Symptome schon vorhanden waren, als die Temperatur noch nicht so tief gesunken war. — Ausserdem könnte man an chronische Alkoholintoxication denken, doch hat die Kranke, die sich seit Wochen vor ihrer Einlieferung in Polizeigewahrsam befand, keinen Schnaps gesehen. — Unser Fall hat demnach mit den übrigen in der Literatur vorhandenen Fällen Nichts gemein, als eben die tiefe Temperatur. Es handelt sich um eine etwas aufgeregte Paralytische, nicht einfach Maniakalische wie *Löwenhardt*'s Fälle; die Wärme des Zimmers, in dem die Kranke sich befand, beträgt für gewöhnlich 16—18° R. Patientin war beständig fest angekleidet, nachdem sie versucht hatte, sich auszukleiden und sich zu entblössen. Hier gilt der Satz nicht, „sublata causa tollitur effectus“; denn, wäre die Temperatur heruntergegangen in Folge zu grosser Wärmeabgabe, so hätte sie nach den erwähnten Manipulationen und therapeutischen Eingriffen wieder steigen müssen; das geschah aber nur sehr

unvollkommen. Ich stehe daher nicht an, diesen Fall als ein Beispiel einer Lähmung des excitocalorischen Centrums zu bezeichnen, denn die äusseren Verhältnisse waren der Art, dass die Strahlung nur äusserst gering sein konnte und in der That befand sich in der Stube daneben, die ganz dieselben Verhältnisse darbietet, eine maniakalische Kranke, die sich entblösste und körperlich heruntergekommen war. Obwohl diese Kranke noch viel mehr Chancen für eine enorme Wärmestrahlung gab, so hatte sie doch immer normale Temperatur.

Die 18 h. p. m. vorgenommene Section ergab folgenden Befund: Das Schädeldach von eminenter Schwere, ohne Diploë, mit reichlichen flächenförmigen Knochenauflagerungen auf der Innenfläche versehen. In der Galea aponeurotica aus den Forr. Santorini reichliche Blutpunkte hervorquellend. Die Gefässfüllung in Dura und Pia mater nicht übermässig stark, die Dura mit inselförmigen Kalkeinlagerungen, die Pia mit milchigen Trübungen. Die Hirnwindungen abgeflacht, zusammengedrückt, sodass die Sulci nur Linien darstellen. Die Substanz ist so fest, dass das Gehirn nach der Herausnahme, nachdem es in alle möglichen Lagen gebracht worden ist, immer seine Form beibehält, es ist fast wie ein in Spiritus gehärtetes Gehirn. Die weichen Häute ziehen sich schwer ab, reissen oft ein und sind so straff übergespannt, dass an den Rändern die Hirnsubstanz eingeschnitten wird und hervorquillt, nachdem die Häute durchtrennt sind. Auf dem Durchschnitt ist das Hirn gleichfalls sehr fest, und giebt scharfe, aufrechtstehende Schnittränder. Während die dünne Lage grauer Substanz sehr blutreich ist, zeigt die weisse sehr wenige Blutpunkte. — Die Basalgefässe sind sämmtlich eng, von geringem Caliber, die linke Arteria vertebralis hat ein 3 fach geringeres Volumen als die rechte. Kleinhirn und Rückenmark sind gleichfalls sehr fest, blass, anämisch, sodass an letzterem die graue Figur kaum zum Vorschein kommt. Der Panniculus adiposus war sehr wohl erhalten, die gespannte Muskulatur etwas ödematös durchtränkt. Es fanden sich ferner pleuritische fadenförmige alte Adhäsionen, geringe Röthung der mit wenig hellem Schleim belegten Trachealschleimhaut; beide unteren Lungenlappen ödematös, die Pulmonalgefässe leer und als letzte Todesursache Glottisödem. Das Herz ist gross, die Muskulatur desselben gelbstreifig, dünn, die Klappen zart, die Papillarmuskeln sehr dünn und sehnig. Leber blutreich, verfettet, Milz blutreich, mit einer bohnengrossen Nebenmilz versehen. Die Nieren sind anämisch und zeigen auf dem Durchschnitt gleichfalls gelbliche Fettstreifen. In der Unterleibshöhle etwas vermehrtes Serum, geringe Schwellung und Injection der Intestinalschleimhaut.

Beob. XVIII. Die Handarbeiterfrau Sophie H. aus Torgau, ist das Kind gesunder Eltern, war auch immer selbst gesund. Sie sprach dem Branntwein stark zu und fühlte sich in Folge dessen im Verlaufe der letzten

Jahre immer matt und krank, wozu sich noch Unregelmässigkeiten in der Menstruation einstellten. Sie arbeitete nicht mehr, wurde still und gleichgültig und gilt seit September 1877 als geisteskrank; sie litt an Präcordialangst, grosser Unruhe und Schlaflosigkeit. Bei der Aufnahme am 17. Dec. 1877 erscheint sie als eine kleine untersetzte Gestalt mit etwas welkem Panniculus adiposus und trockner Haut, von sehr blassem Aussehen; sie hat einen kleinen Schädel mit prognatem Unterkiefer und zeigt im Gesicht linksseitige Lähmungserscheinungen, Ptosis, linke Nasolabialfalte verstrichen, linke Pupille grösser als die rechte, Uvula weicht nach links ab, linker Mundwinkel hängt herab. Ihr Gehörvermögen ist durch verdickte Trommelfelle vermindert. Die Zunge weicht beim Herausstrecken, welche Manipulation schon etwas schwer und unsicher von Statten geht, nach links ab; die Sprache ist langsam, häsitirend, stotternd; Patientin kann längere Worte nicht nachsprechen, kurz die Sprache trägt alle Zeichen der Paralyse an sich. Patientin kann nicht bei geschlossenen Augen allein stehen, fällt bei position hauché um, überall starker Tremor und idiomuskuläre Zuckungen. Die Sensibilität ist herabgesetzt, Patientin lokalisirt falsch und ist gegen Nadelstiche ganz unempfindlich. Obwohl Grössenideen fehlen und von Schlaganfällen Nichts berichtet wird, so muss doch auf Grund der erwähnten Lähmungserscheinungen, sowie des schwachen, absolut vergesslichen Verhaltens, die Diagnose auf Dementia paralytica gestellt werden. Patientin verhält sich sehr still und antwortet blödsinnig lächelnd nur mit wenig unzusammenhängenden Worten, aus denen jedoch hervorgeht, dass sie darüber klagt, nicht stehen, noch gehen zu können und im ganzen Körper Schmerzen zu haben. Sie liegt still und ruhig im Bett, ist schlafsüchtig, hat trägen Puls, der nur 48 Schläge in der Minute macht und im Anus eine Temperatur von 35,0. So am 20. Dec. 1877. Patientin wird in eine wärmere Stube gelegt, mit erwärmten Decken eingewickelt, bekommt Wärmflaschen, heisse Bouillon, Glühwein etc. — Trotzdem sinkt die Temperatur am 21. Dec. auf 33,4, Puls 36. Sie liegt dabei soporös da, antwortet auf keine Frage. Abermals werden heisse Bäder, Glühwein, Injectionen von Camphor und Strychnin verordnet. Am 22. Dec. sinkt die Temperatur auf 29,1, der Puls auf 20—30 Schläge in der Minute und die Respiration auf 6 Athemzüge in derselben Zeit. Patientin kann sich trotz aller therapeutischer Maassnahmen der oben geschilderten Art nicht mehr erholen und stirbt Abends 9 Uhr unter den Händen der Wärterinnen im Beisein des Arztes. — Die Section ergiebt: verdickte Schädelknochen, verdickte Dura, die mit dünnen alten Hämatomen bedeckt ist, milchige Trübung der weichen Häute, Atheromatose der Basalgefässe, Atrophie der sehr festen und blassen Hirnsubstanz; in den erweiterten Ventrikeln etwas blutiges Serum. Kleinhirn und Rückenmark gleichfalls sehr blass und fest. Die Mitralklappe ist durch Verdickungen etwas stenosirt. Lungen, Leber, Nieren und Darmcanal ohne pathologischen Befund.

Beob. XIX. Der Steinsetzer Adolf Sch., aus Buckau, 41 J. alt, hat

einen Phthisiker zum Vater; er selbst ist immer gesund gewesen, hat aber ein blödsinniges Kind. Patient galt als zuverlässiger, fleissiger Arbeiter bis zu seiner Erkrankung, die zu einem Sturz auf den Kopf aus bedeutender Höhe herab in ursächlichen Zusammenhang gebracht wird. Er hatte sofort darnach über heftiges Kopfweh geklagt und c. 3 Monate nach dem Fall waren die ersten Zeichen von Geistesstörung eingetreten. Sch. war heiter erregt, er sei ein reicher Mann, wolle viele schöne Frauen heirathen, besitze Millionen, Pferde, Wagen etc. Die Erregung verliert sich nach wenigen Tagen, die Glückswahnvorstellungen bleiben aber bis zur Aufnahme in die Anstalt bestehen (28. Sept. 1877). Diese, sowie die zweifellosen körperlichen Lähmungserscheinungen in Gang, Sprache, die Urtheils- und Gedächtnissschwäche etc. charakterisiren den Kranken vorzüglich als tabetischen Paralytiker. Die Erregung, das paralytische, rücksichtslose Verhalten, Reissen etc. hält bis Mitte November 1877 an. Die Temperatur hält sich im October immer um 37,0, zeigt einige Male Spitzen von 37,8—38,0, denen eine grössere Erregung des Kranken entspricht, aber auch Tiefstände von 36,0 - 36,2, in denen Patient sich ruhiger verhielt und schlafsüchtig war. Die grössten Tagesdifferenzen betragen 1,0, im Mittel aber nur 0,4. Die Exacerbationen kehren fünfmal regelmässig aller 4 Tage wieder, sie bleiben etwas länger, als die Tagesdifferenzen geringer werden und sich Patient gleichmässig ruhiger verhält. Mitte November werden die Tagesdifferenzen kleiner, die Temperatur geht nicht mehr unter 37,0 herab und gleichzeitig wird Patient ruhiger, äussert seine Grössenideen weniger, ohne dass aber seine Sprache und sein Gang freier von paralytischen Erscheinungen geworden wären. Mit dem Nachlass der activeren Beweglichkeit beginnt die Temperatur sich im December ganz allmälig zu senken, geht unter 37,0 hinab, die Tagesdifferenzen bleiben dabei immer klein, meist 0,2 - 0,3; auch zeigt sich wieder hier und da eine kleine wellenförmige Erhebung, es kommt jedoch nie höher als 37,3. Im Januar 1878 kommt wieder eine vierzehntägige grössere Unruhe, wiederholte Aeusserungen der Grössenideen zum Vorschein, die sich durch grössere Tagesdifferenzen bis zu 1,0, steileres Ansteigen bis 37,5 erkenntlich machen. Ende Januar kommen die Undulationen zum Ausgleich und lassen den Kranken, wenn man die motorischen Störungen ausser Acht lässt, für gesund erscheinen. Die Curve ist 11 Tage lang normal. Sie sinkt aber sofort auf 35,0, als Patient am 9. Febr. 1878 an einem Ulcus ventriculi erkrankt. Die Temperatur kehrt sehr allmälig, mit sehr geringen Tagesschwankungen am 24. Febr. auf 36,0 zurück, um sich von nun an bis in den Mai hinein immer in der Mitte zwischen 36,0 und 37,0 zu halten, mit geringen Tagesdifferenzen, deren grösste 0,4 beträgt; es kommen auch Tage vor, an denen Morgen- und Abendtemperatur gleich sind. Auch während dieser ganzen Zeit ist eine Wellenbewegung unverkennbar: Eine zweitägige Temperaturerhebung bis auf 37,2 tritt ein, als ihm die von den Verwandten zugesagte Zurücknahme aus der Anstalt versagt wird. Bis Mitte Juli, wo die Entlassung

des Patienten mit sehr zurückgetretenen motorischen Störungen, mit Krankheitsbewusstsein und psychischer Freiheit erfolgt, bleibt die Curve unter 37,0. Patient würde zur Zeit seiner Entlassung (14. Juli 1878) von Ungeübten schwerlich für einen Paralytiker gehalten worden sein, es konnte aber an der gestellten Diagnose gar kein Zweifel aufkommen.

Beob. XX. Der 54 Jahre alte Uhrmacher Wilhelm K., aus Hornburg, ist ein sinnlicher, zu Spirituosen geneigter Mann. Sein Bruder starb als Geisteskranker. Der Kranke wurde frühzeitig Waise und erlernte das Uhrmacherhandwerk autodidaktisch. In seiner Trunkenheit hat er schon öfter gefährliche Angriffe gegen das Leben seiner Umgebung gemacht. Seit 1875 gilt er als geisteskrank, zumal nachdem er wiederholte paralytische Insulte erlitten hatte, die ein älterer Arzt als epileptische Krämpfe schilderte. Er äusserte Grössenideen, war sehr ausschweifend, erregt und wurde als Maniacus am 27. Aug. 1877 hier eingeliefert. Er dokumentirte sich als zweifelloser Paralytiker; er schwankte stark beim Stehen und Gehen, die Sprache war häsitirend, die linke Pupille war grösser als die rechte. Er hat 100000 Milliarden im Vermögen, ist deutscher Kaiser, hat einen Palast von Marmor mit 300000 Stockwerken in Afrika etc. Am 10. Sept. erfolgen zwei paralytische Anfälle mit hauptsächlich linksseitigen Krämpfen. — Die Temperaturcurve zeigt während des Octobers ziemlich steile Spitzen; sie hält sich im Allgemeinen um 37,0 herum, geht aber ebenso oft darüber, als darunter. Die Tagesdifferenzen betragen dabei meist 0,6, doch kommen auch solche von 1,2 vor. Diesem starken Schwanken entspricht im psychischen Verhalten eine grosse Unruhe, intensivere Grössenideen. Als Patient ruhiger wird und seine Bewegungen weniger ausgiebig werden, Ende October 1877, werden auch die Tagesdifferenzen kleiner, meist 0,1—0,2, oft auch gleich Null. Es erfolgt ein allgemeines Sinken unter 37,0, nur in Folge der hier sehr deutlichen Wellenbewegung sind einige Tage mit mehr als 37,0 zu verzeichnen gewesen. Die Grössenideen werden in dieser Zeit plumper geäussert, das Verhalten ist aber gleichgültiger und ruhiger. Nachdem Patient schon am 16. Dec. etwas unruhiger geworden war, indem er beständig Fluchtversuche machte, zeigt sich bereits ein langsames Ansteigen der Temperatur, das von Tag zu Tag zunimmt, bis am 19. Dec. ein Schlaganfall eintritt, der ein Steigen bis auf 37,5—37,6—38,6 bewirkt. Lähmung war darnach nicht vorhanden, es zeigte sich vielmehr unmittelbar nach dem steilen Abfall bis an 37,0 herab eine zunehmende Erregung. Während des Abklingens derselben erfolgt gleichzeitig staffelförmiges Herabgehen der Temperatur auf das alte Niveau unter 37,0 mit grossen Tagesdifferenzen von 0,5—0,7—1,0. Nach dem Schlaganfall verhält sich Patient noch ruhiger; er ist blödsinniger geworden, äussert in einem fort in ganz gleichgültiger Weise seine Grössenideen. Die Temperatur steigt kaum einmal auf 36,7, zeigt kleine Tagesdifferenzen 0,1—0,3, oft auch gar keine; nebenbei ist die motorische Unsicherheit so weit gestiegen, dass Patient anhaltend das Bett hüten muss. Als er sich Mitte März wieder erholt hat und das

Bett verlässt, verfällt er wieder in seine Aufregungszustände, er läuft ruhelos umher, stiehlt, reisst und äussert fortwährend seine Grössenideen, dann sitzt er wieder stundenlang schlafsüchtig und apathisch umher. Während dieser Zeit, die bis Ende April anhält, macht die Temperaturcurve grosse Sprünge, es kommen Tagesdifferenzen bis 2,0 vor, wobei die höchste Temperatur 37,4, die niedrigste 35,1 beträgt. Im Mai tritt eine etwas grössere Ruhe ein, die sich durch eine grössere Gleichmässigkeit der Curve auszeichnet, mit niedrigen Tagesdifferenzen und einem Stand unter 37,0. Ende Mai und Anfang Juni ist Patient ganz theilnahmlos und sitzt viel still, wobei er Temperaturen von 35,0 oder wenig darüber zeigt. Gleichzeitig verfällt er körperlich etwas, erholt sich aber wieder und damit macht sich auch eine Steigerung der Körpertemperatur wieder bemerkbar.

Auch in diesem Falle zeigt sich in der Curve eine deutlich ausgeprägte Wellenbewegung. Es wechseln kürzere, steile Bogen mit längeren, flacheren ab, entsprechend dem psychischen und motorischen Verhalten des Kranken. Eine physicalisch nachweisbare Krankheit war nicht vorhanden, durch welche der Verlauf der Temperaturcurve hätte beeinträchtigt werden können.

Beob. XXI. Der landarme Tischler Ernst K., 50 J. alt, wird der Anstalt als Maniacus am 1. August 1877 zugeführt. Er hat sich c. 1 Jahr lang in Polizeigewahrsam befunden und ist mehrfach wegen Vagabondage bestraft. Er zeigt sich hier als tabetischer Paralytiker, hat Pupillendifferenzen und äussert eine Fluth von Grössenideen. Er wird schon am zweiten Tage seines hiesigen Aufenthaltes ruhig und verhält sich harmlos still und wird nur selten durch äussere Reize in Erregung versetzt. — Die ganze sich über 10 Monate erstreckende Curve zeichnet sich durch eine grosse Gleichmässigkeit aus; es kommen weder hohe, noch niedere Temperaturen vor, nur einmal findet sich 37,8 und einmal 38,0 verzeichnet, beide bei kurz vorübergehenden Erregungszuständen. Die Tagesdifferenzen sind klein, und betragen in den höchsten Fällen 0,7—0,8. Die Wellenbewegung ist überall deutlich ausgeprägt, die Temperatur hält sich bei Weitem am meisten unter 37,0; — 36,2 ist die niedrigste. Mit diesem monotonen Verhalten stimmt die gleichmässige Ruhe des Kranken gut überein. Derselbe beschäftigt sich fleissig und anhaltend mit Gartenarbeiten; seine Grössenideen äussert er dabei fortwährend. — Schwindelanfälle sind sehr selten, und Schlaganfälle, ausgeprägte paralytische Krämpfe und Insulte gar nicht beobachtet.

Beob. XXII. Der 50jährige Agent August L., aus Magdeburg, ist ein sinnlichen Genüssen und dem Alkohol fröhnender Mensch, ebenso wie einer seiner Brüder; er litt wiederholt an Lues, von der er aber keine Symptome mehr zeigt. Im Uebrigen gilt er als ein tüchtiger Geschäftsmann. Seit 1872 klagt er über Genickkrampf, Taubheit der unteren Extremitäten, Krankheitserscheinungen, die nach einer Cur in Leipzig, Carlsbad und Rehme wieder zurücktraten. Anfang Juli 1875 wird er erregt, äussert Grössenideen, weshalb er endlich am 7. Oct. 1875 als evidenter Paralytiker mit tabetischen

Erscheinungen hier eingeliefert wurde. Die Intelligenz und das Gedächtniss zeigen sich bei dem kurzen Bestehen der Krankheit noch leidlich erhalten. Am 21. Juni 1877 erfolgt ein paralytischer Krampfanfall mit beträchtlicher Temperatursteigerung, aber ohne consecutive Lähmungserscheinungen. Im Laufe der Zeit geräth L , sowohl körperlich, wie geistig in tiefen Verfall, wozu zeitweise Diarrhöen wesentlich beitragen. Patient ist unfähig sich zu beschäftigen und schleicht umher, sich schwerfällig fortbewegend, setzt sich zu anderen Kranken, denen er von seinen grossen Thaten und Projecten vorschwärmt. Im April 1877 macht er einen heftigen Erregungszustand durch, wobei er die intensivsten Grössenideen und unwiderstehliche Zerstörungssucht an den Tag legt. Die im Januar 1878 begonnene Temperaturcurve zeigt bei einem vorübergehenden Erregungszustand 38,0 und zwar viermal hinter einander bis zum 20. Febr. 1878. Die dazwischen liegenden Temperaturen halten sich sämmtlich über 37,0, steigen als Maximum bis 37,4, wobei die täglichen Excursionen meist nur 0,2 betragen, entsprechend dem gleichmässig ruhigen Verhalten des Patienten. Die folgenden Temperaturen vom März 1878 an zeigen eine etwas grössere Abwechslung. Hand in Hand mit grösserer Agilität und Lebhaftigkeit zeigen sich vereinzelte hohe Spitzen, von denen die höchste 38,2 beträgt. Dieselben entsprechen wie gewöhnlich mehr oder weniger auffälligen Erregungszuständen, mit meist vorausgehenden, seltener folgenden Schwindelanfällen. Zuweilen grössere Benommenheit und Somnolenz. Es kommen aber auch, wenn sich Patient erschöpft hat, Tiefstände vor, die sich nicht an die Tageszeiten kehren, sondern sowohl als Morgen-, sowie als Abendtemperaturen vorkommen. Im Allgemeinen hält sich sonst die Curve zwischen 36,0 und 37,0. Die Tagesdifferenzen schwanken sehr und betragen einige Male 2,2. Eigentliche Schlaganfälle sind seit dem 21. Juni 1877 nicht mehr beobachtet worden. — In Bezug auf die Bogenbewegung fällt auch hier auf, dass die Bogen um so länger sind, je weniger hoch die Tagesdifferenzen sind und je weniger das Gleichgewicht des Allgemeinbefindens einer Störung unterliegt. Bei dem allgemeinen Tiefstand der Curve müssen Temperaturen von 38,0 schon als relativ hohe betrachtet werden.

Beob. XXIII. Der 50 Jahre alte Markthelfer Karl L., aus Magdeburg, war bis zu seiner jetzigen Krankheit immer gesund, als vorzüglicher Arbeiter gerühmt und beliebt. Zum Lohne für seine langjährigen Dienste sollte er einen Ruheposten erhalten. Als er aber nicht mehr so zu arbeiten hatte, wurde er wie berauscht von seinem Glücke, schlaflos, unruhig und erregt. Am 21. Mai 1876 hier aufgenommen, zeigt er die Merkmale der Paralyse in Gang, Sprache, Intelligenz etc. Er zeigt sich höchst gleichgültig und theilnahmlos, nachdem zuvor im Magdeburger Krankenhause heftige Erregungszustände abgelaufen waren. Körperlich ist er noch leidlich genährt, sieht jedoch etwas kachectisch aus und hat eine schmutzige Hautfarbe. L. bot im Laufe seines hiesigen Aufenthalts wenig Verände-

rungen dar und erlitt zum ersten Male einen paralytischen Schwindelanfall etwas stärkerer Art am 16. Juli 1876. Dieselben häuften sich, als bei ihm im October 1877 die Temperaturmessungen instituirt wurden, die er sich nicht gefallen lassen will. Die Curve erreicht sehr oft 38,0 und darüber, sogar 39,0 und 39,2 kommen vor. Schwindelanfälle, leichte paralytische Insulte, Tage, in denen Patient schlafsüchtig und übermüdet das Bett hütet, sind häufig und finden in dem Verhalten der Curve ihren Ausdruck. Die Tagesdifferenzen sind gross und betragen häufig 1,0—1,5 Grade. Anfang November wird Patient wieder kräftiger, wohler; die Curve wird glatter, sinkt, die Tagesdifferenzen werden geringer, es kommen keine steilen Spitzen mehr vor, als höchste Temperatur ist 37,6 verzeichnet, als tiefste 36,7. In dieser Weise geht es fort bis Mitte März, wo Patient wieder auffälligere motorische Störungen darbietet. Die Temperaturen steigen oft, anscheinend äusserlich unmotivirt, steil an, doch nicht über 37,9, eine Temperatur, die immerhin hoch erscheint, da die Curve für gewöhnlich auf 36,2—36,5 höchstens, eingestellt ist.

Beob. XXIV. Der 38 Jahre alte Fleischer W., aus Giebichenstein, stammt aus einer sehr zahlreichen gesunden Familie, bisher kerngesund, bei der Garde gedient, 1870 aber angeblich als herzkrank entlassen, erhielt im September 1876 bei einer Rauferei einen Säbelhieb über den Kopf. Er klagte nachher viel über den Kopf, wurde nachlässig im Geschäft, endlich erregt und wegen gemeingefährlicher Handlungen am 31. Jan. 1877 hier eingeliefert. Er ist ein grosser, überauss fettreicher Mann; die rechte Pupille ist grösser als die linke, Zunge, Zäpfchen weichen nach rechts ab, auch besteht eine rechtsseitige Facialislähmung; in Gang und Sprache und im psychischen Verhalten sich als unzweifelhafter Paralytiker documentirend. Er klagt viel über Schmerzen und meint ein Wiegemesser im Leibe zu haben. Er verhält sich sehr theilnahmlos, arbeitet aber gar nicht und vergreift sich zu wiederholten Malen an harmlosen Mitkranken, wahrscheinlich auf Grund von Gehörstäuschungen. Grössenideen äussert er zu Anfang nicht. — Von einem Herzfehler ist physikalisch Nichts nachzuweisen, es muss nur constatirt werden, dass die Herzaction träge von Statten geht, dass die Arterien sehr gespannt und rigide sind und dass Patient livid aussieht. — Die Temperatur hält sich mit grosser Regelmässigkeit immer zwischen 36,0 und 37,0 und zwar neigt sie mehr nach 36,0 zu. Die wellenförmige Bewegung tritt wenig auffällig zu Tage, wenig hohe Exacerbationen bis zu 37,4 als Maximum kehren nur selten wieder und entsprechen kurz vorübergehenden Erregungszuständen. Eigentliche paralytische Insulte sind gar nicht vorgekommen, wie man auch schon aus der Curve abnehmen könnte, Patient verhält sich gleichgültig, theilnahmlos; demgemäss bleiben sich auch die Temperaturen ziemlich gleich, demgemäss halten sich auch die Tagesdifferenzen in sehr engen Grenzen und betragen meist 0,1—0,2—0,3, sehr selten mehr.

Beob. XXV. Der 44jährige Maurer K., aus Kühndorf, hatte einen geisteskranken Bruder und eine blödsinnige Schwester. Er selbst war immer

gesund und verdiente sich als Polier viel Geld. Als im Jahre 1872 seine erste Frau starb, mit der er 4 gesunde Kinder hatte und mit der er glücklich lebte, war er nicht sehr betrübt, und heirathete bald darauf wieder. Sein Verhalten war damals schon krankhaft. Am 30. Mai 1873 hier aufgenommen, ist er erregt und documentirt sich sowohl durch körperliche, als geistige Krankheitserscheinungen als Demens paralyticus. Als er sich von einem Schlaganfall erholt hat, treten die motorischen Störungen und Grössenideen in den Hintergrund, er ist sogar soweit intelligent, dass er wiederholt geschickte Fluchtversuche unternimmt. Er hat sogar von 1875—1877 wieder gearbeitet und war nahe daran von einem Kreisphysikus für gesund erklärt zu werden, als er abermals in Erregung verfällt, Grössenideen äussert und Lähmungserscheinungen auffälliger Art zeigt. Nach seiner Wiederaufnahme am 28. Mai 1877 verhielt er sich stets ruhig, muss aber wegen seiner Neigung zu entweichen, stets im Bett gehalten werden. — Die Temperatur schwankt in den Linien 36 und 38 hin und her, zeigt als Maximum 37,8, als Minimum ein einziges Mal 35,4. Die Tagesdifferenzen sind häufig recht gross, bis zu 2,0. Die Curve fällt aber im Ganzen mehr durch ihre steilen Abfälle nach unten zu auf, als durch ihre Exacerbationen, ohne dass äussere Ursachen dafür angegeben werden könnten. Die Wellenbewegung ist auch in diesem Falle deutlich.

Beob. XXVI. Der Maurer Andreas S., aus Rassberg, 33 J. alt, machte als gesunder Mann die Feldzüge 1866 und 1870/71 mit. Im Sommer 1876 bekam er beim Kegelschieben einen Schlaganfall, nach welchem Hände und Beine lange Zeit wie gelähmt waren. Er wurde nicht wieder gesund, musste vielmehr wegen ausgebrochener Tobsucht am 29. Aug. 1877 in hiesige Anstalt aufgenommen werden. — Er ist sehr gut genährt, zweifelloser Paralytiker von apoplectischem Habitus. Er äussert keine Grössenideen, hat Krankheitsbewusstsein, ist sehr traurig und weinerlich gestimmt. Patient wird im Laufe des September bereits so hinfällig, dass er im October schon, als die Temperaturmessungen begonnen wurden, anhaltend das Bett hüten musste. Dabei ist Patient immer ruhig, leicht zum Weinen geneigt und klagt viel über sein Unglück. Die Temperatur hält sich nahe an 37,0 und schwankt um 0,2—0,3 darunter und darüber, nur im Laufe der allgemeinen Wellenbewegung kommt es zu einigen höheren und tieferen Ständen. Im November 1877 beginnt ein ganz allmäliges Sinken der Curve unter 37,0. Die Temperatur hält sich mehr in der Nähe von 36,4 und 36,5, macht kleine Excursionen, bei geringen Tagesdifferenzen fort, und geht nur einige Male wenig über 37,0 hinweg, nie unter 36,0 hinunter. Dabei sind wieder nur wenige Hochstände zu verzeichnen, entsprechend einer wenig ausgiebigen und mehr langgestreckten Wellenbewegung. In dieser Art geht es fort ohne Störung, ohne Schlaganfall, bis Mitte März 1878, als Patient das Bett verlässt. Er ist aber so unsicher geworden, dass er nicht allein gehen und kaum ohne sich anzuhalten stehen kann. Die Sprache wird immer schwerer verständlich. Gleichzeitig wird Patient etwas unruhiger und be-

ginnt insbesondere ganz schamlos zu onaniren; er soll das Geschäft stündlich mehrere Male betreiben. Dem entsprechend zeigt auch die Curve wieder grössere Excursionen, grössere Tagesdifferenzen, höhere und tiefere Stände, die steil mit einander abwechseln. Einige Male treten Tagesdifferenzen von 1,9 auf, solche von 1,0—1,4—1,5 sind häufig. Zusammentreffend mit den Hochständen ist Patient erregt, brüllt in thierischer Weise, weint und schreit, sucht sich aus dem Bett zu bringen, was ihm aber meist nicht gelingt. Gleichzeitig werden Congestionen nach dem Kopfe beobachtet, die von tiefrother Färbung des ganzen Gesichts, des Halses und der ganzen Brust begleitet sind. Während die Spitzen im April über 37,0 hinausgehen und die Tiefstände 35,0 nicht erreichen, sinkt der Stand der Allgemeintemperatur im Mai und Juni tiefer, sodass die Exacerbationen kaum über 37,0 hinwegragen, die Tiefstände aber 35,0 hier und da erreichen. Gleichzeitig werden aber mit dem Abnehmen der steilen und hohen Spitzen auch die Tagesdifferenzen kleiner, sie betragen meist 0,3—0,5, während sie vorher beträchtlicher waren. Der körperliche Verfall schreitet dabei unaufhaltsam, wenn auch nicht sehr stürmisch vorwärts.

Beob. XXVII. Der 54 Jahre alte Gutsbesitzer H., aus Hauterode, aus gesunder Familie stammend, besuchte das Gymnasium bis Tertia, diente als Soldat in Berlin. Er verschloss sich nach dem Tode seiner Frau 1857 mehr und mehr und wurde nach der Hochzeit seiner einzigen Tochter, die er zu reichlich ausgestattet zu haben glaubte, erregt, schlaflos, machte unsinnige Einkäufe, weshalb er endlich am 25. Sept. 1877 hier aufgenommen werden musste. Er ist heiter, leicht erregt, äussert die blühendsten Grössenideen, hat Gehörstäuschungen und bietet auch körperlich in Bezug auf Motilität und Sensibilität alle Merkmale eines Paralytikers dar. Die Temperatur hält sich fast immer zwischen 37 und 38,0; liegt jedoch näher an 38,0, geht in einem leichten kurzdauernden paralytischen Insult bis auf 38,4. Die Tagesdifferenzen betragen meist 0,4—0,5; die Bogen sind ziemlich regelmässig, erstrecken sich auf 5—6 Tage, und sind etwas länger, als Ende Mai die Tagesdifferenzen kleiner werden und die Excursionen sich ziemlich gleich bleiben.

Beob. XXVIII. Der Galanteriewaarenhändler Louis D., aus Zeitz, 35 J. alt, wurde im katholischen Waisenhause zu Erfurt erzogen, nachdem sich sein Vater erhängt hatte. Patient hat ein ziemlich bewegtes Leben hinter sich; als er seinem Geschäfte wegen einer Trübung der Hornhäute nicht mehr vorstehen konnte, wurde er Ausrufer in einem Panorama, und bezog Messen und Märkte. Die Entstehung seiner Krankheit wird mit dem Tode seines Kindes in Zusammenhang gebracht; er hörte, vom Grabe zurückgekommen, ein Kind hinter sich rufen, erschrak sehr, und glaubte, dass es sein eigenes sei. Er verlor die Sprache und stotterte von da an. In Folge von Aufregungszuständen und Schlaflosigkeit musste seine Einlieferung in hiesige Anstalt am 11. Febr. 1878 erfolgen. Patient ist noch leidlich genährt und sieht etwas wild aus. Er sagt, seine Glieder beständen aus

Wasser, weshalb er nicht mehr gehen könne; fällt beim Versuch dazu steif hin und glaubt, er sei gestorben; er sei 100 Jahre alt, sei vor 400 Jahren gestorben; dabei zeigt er ausgebildetes Krankheitsbewusstsein. — Die im März begonnenen Temperaturmessungen beginnen mit einer tiefstehenden Periode, um 36,0 herum. Die Curve macht nach 5 Tagen grosse Schwankungen, zeigt Tagesdifferenzen von 1,5 Graden und steile Spitzen, z. B. von 35,5—37,2. Gleichzeitig ist Patient erregt und taumelt dabei wie ein Trunkener herum. Nachdem das Gleichgewicht der Temperatur wieder etwas hergestellt ist, hält sie sich nahe an 37,0, macht kleinere Excursionen mit geringen Tagesdifferenzen. Anfang April tritt wieder eine grössere Unregelmässigkeit ein, Schwankungen zwischen 35,4—37,0. Diese Periode hält 8 Tage lang an, dann folgen wieder regelmässigere, wenn auch tiefer stehende Temperaturen mit kleinen Excursionen. Am 15. April erfolgt eine Steigerung bis 38,0 als Begleiterscheinung eines Herpes im Verlaufe des Nervus pudendus. Von da erfolgt steiler Abfall bis auf 35,7. Auch im ferneren Verlaufe kommen ziemlich regelmässig alle 8—10 Tage höhere Spitzen vor, wobei sich die Allgemeintemperatur aber immer tief zwischen 35—36,0 hält. — Da die Temperatursteigerungen in ziemlich regelmässiger Weise wiederkehren, und immer von stärkeren Symptomen der Hirnkrankheit begleitet sind, wie stärkeres Schwanken, grössere Unsicherheit der Sprache etc., gleichzeitig mit grösserer Lebhaftigkeit und Aufregung, so möchte ich die Temperatursteigerung und den erwähnten Herpes als aus derselben Ursache hervorgerufen betrachten, es ist eine central bedingte trophische Störung.

Beob. XXIX. Der 30 J. alte Rechnungsführer Sch., aus Dirrschau, wird in einem Strassengraben verhungert und verwahrlost aufgefunden. Er soll sich vor der Aufnahme, die am 27. Aug. 1877 erfolgte, mehrere Wochen lang in kataleptischen Zuständen befunden haben. Hier ist er zunächst absolut schweigsam, wird aber mit der Besserung und Hebung seines körperlichen Befindens lebendig, äussert lebhafte Grössenideen und hat somatische Zeichen der Paralyse an sich. Die im April 1878 gemessenen Temperaturen halten sich zwischen 36,0 und 37,0; es folgen die gewöhnlichen Bogen, mit Tagesdifferenzen von meist 0,3—0,4, doch kommen auch einzelne von 0,6 und 0,8 vor. Mitte Mai zeigt die Curve eine Steigerung bis 38,0 und 38,4, mit gleichzeitigem Auftreten eines Herpes am rechten Oberschenkel. Es ist auffallend, dass diese Steigerung wieder mit der allgemeinen Wellenbewegung übereinstimmt und die Höhe derselben wesentlich bedingt. Auch ein fernerer Nachschub der Herpeseruption bewirkt eine erneute höhere Steigerung der Temperatur bis 38,3 zur Zeit des Curvenhochstandes. Die Tagesdifferenzen betragen hierbei über 1,0. Während dieser ganzen Zeit, mit Ausnahme der Herpeseruption, während welcher er das Bett hütete und in seinen Antworten etwas langsamer war, ist Patient psychisch frei von Grössenideen, beschäftigt sich mit Abschreiben, was er nicht immer correct

genug besorgt, ist orientirt, hat Krankheitsbewusstsein und zeigt nur eine auffällige Intelligenz-, Gedächtniss- und Urtheilsschwäche.

Beob. XXX. Die 37 Jahre alte Häuerfrau Caroline H., aus Osterfeld, hatte eine geisteskranke Mutter. Körperlich immer gesund, doch von jeher ein Schwachkopf, erkrankte sie angeblich erst im Juni 1876. Sie wurde nachlässig in ihrer Wirthschaft, theilnahmlos, machte Selbstmordversuche, lief nackt aus dem Hause fort etc. Gleich bei der Aufnahme in hiesige Anstalt am 27. Oct. 1877 wurde eine zweifellose Paralyse constatirt; geringe Grössenideen, starke Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen. Die Kranke ist eine dicke, wohlgenährte Person. Die Temperaturmessungen werden im November 1877, nach einem leichten paralytischen Insult begonnen. Patientin klagte über Schwindel, Uebelbefinden, fühlte sich unglücklich und namenlos elend. Die Temperatur zeigte hierbei 38,0—38,2, fiel aber am zweiten und dritten Tage auf 36,2 herab. Im ferneren Verlaufe hält sich die Curve immer in der Hauptsache zwischen 36,0 und 37,0, die Spitzen erheben sich über 37,0, bis 37,6 und 37,8 und entsprechen Zuständen, in denen Patientin unruhig wurde, viel weinte, stöhnte und klagte. Die Tagesdifferenzen sind im Allgemeinen ziemlich hoch, und betragen meist 0,5—0,6, doch kommen auch solche von 2,2 vor, z. B. ein Sprung von 35,5—37,7. Im Januar kommt eine Zeit, in der die Curve zwischen sehr tiefen und sehr hohen Temperaturen in unregelmässiger Weise hin- und herschwankt, in der sehr grosse Tagesdifferenzen auftreten. Während dieser Zeit lag Patientin im Bett, war körperlich gesund, wenigstens bot die physikalische Untersuchung keinerlei Abnormitäten dar und klagte beständig, besonders über Kopfweh, wobei ihre Bewegungen alle höchst schwerfällig waren; sie lallte fast nur noch unverständliches Zeug vor sich hin, doch konnte man aus ihnen abnehmen, dass sie psychisch schwächer und verwirrter war als sonst. Vom Februar an bessert sich das subjective Befinden der Kranken; sie wird ruhiger, freier und beschäftigt sich. Sofort zeigt sich auch in der Curve eine grössere Gleichmässigkeit, die Tagesdifferenzen werden geringer, reduciren sich auf 0,1—0,4, die Exacerbationen schwinden oder sind nicht hoch; 37,6 und 37,7 sind die einzigen im Monat März vorkommenden Erhebungen über die Allgemeintemperatur, die sich meist 0,1—0,2 über 37,0 hält. Patientin wird körperlich immer dicker und unbeholfener, psychisch aber schwächer, die Motilität gestörter. Das subjective Befinden aber ist immer gut. Mit dem Zunehmen der paralytischen Symptome zeigt die Curve wieder stärkere Tagesschwankungen, meist 0,8—0,9 und mehr, doch kommt es weder zu Hoch-, noch zu absoluten Tiefständen, sondern die Curve hält sich zwischen 36,0 und 37,0 und lässt nur eine leichte Wellenbewegung erkennen.

Beob. XXXI. Die Armenhäuslerin Friederike R., aus Rossleben, 44 Jahre alt, ist eine von jeher viel gehänselte, geistesschwache Person, die nirgend recht fortkam und lieber sich herumtrieb, in baccho et venere excedirend, infolge dessen sie 3 Kindern unehelich das Leben gab, sie soll

in ihrem 14. Jahre am Nervenfieber erkrankt und seitdem geistesschwach sein. Bei der Aufnahme am 17. April 1878 zeigt sie sich als eine evidente Paralytische, die rücksichtslos stiehlt, was sie sieht, die absolut verblödet ist und körperlich alle Merkmale der Paralyse darbietet. In der ersten Zeit war sie unruhig, sodass die Temperaturen erst Anfang Mai regelmässig gemessen werden konnten. Sie halten sich bei der anfänglich noch bestehenden Unruhe über 37,0, sinken aber dann darunter, wobei zugleich die erst grösseren Tagesdifferenzen kleiner werden. Die Curve bleibt dann gleichmässig in ihrem Verlaufe, macht seltene Elevationen, die kurz vorübergehenden Aufregungszuständen entsprechen. Tagesdifferenzen von 0,5—0,6 sind die gewöhnlichen. Ein einziges Mal kommt ein Tiefstand von 35,0 vor, dem eine kurz vorübergehende Somnolenz entspricht.

Beob. XXXII. Die 34jährige Arbeitersfrau Auguste Fr., aus Ilgenhoff, erkrankte gleichzeitig mit dem Cessiren der Menses im Anfang des Jahres 1876. Sie hat ein $2^1/_2$ Jahre altes, taubstummes Kind. Patientin ist eine grosse, dicke, unförmliche Person mit sehr mikrocephalem Schädelbau. Es besteht paralytische Euphorie, Störungen der Motilität (Gang, Sprache) und der Sensibilität. Erst als Patientin sich vollkommen eingewöhnt hat und beruhigt ist, wird mit den Temperaturmessungen begonnen. Die Curve bietet den ganzen November und December hindurch nichts Auffälliges dar; sie hält sich zumeist nahe an 37,0 mit den Abendtemperaturen, während die Morgentemperaturen 0,4—0,6 darunter liegen. Einzelne kleinere Erhebungen, im Maximum bis 37,8, kommen vor. Im Januar 1878 wird Patientin lebhafter, sitzt nicht mehr still und unthätig da, sondern sucht sich überall, und oft recht zur Unzeit höchst eifrig zu beschäftigen. Die Temperatur beginnt sich daher zu heben und auf einer höheren Stufe zu oscilliren. Es kommen dann Exacerbationen über 38,0—38,4 vor, neben Tiefständen von 36,0. Die Tagesdifferenzen sind grösser und betragen oft 0,6—0,8; es kommen auch solche von 1,0—1,5—2,0—2,4 vor. Auch hier hält die Wellenbewegung an und auch hier entsprechen die Hochstände grösserer Unruhe und auffälligeren paralytischen Erscheinungen.

Beob. XXXIII. Die 24jährige unverehelichte Martha G., aus Erfurt, ergab sich frühzeitig, nachdem sie bereits in ihrem 17. Lebensjahre einen Knaben geboren hatte, der Prostitution. Als sie mit dem Gastwirth, mit dem sie in wilder Ehe lebte, in Conflicte gerieth, kam sie im Juni 1877 hochgradig erregt nach Hause, fuhr stets in Droschken, machte grossartige, unnütze Einkäufe und führte unfläthige Reden. Ihre Unruhe, ihre Lascivität und Grössenideen steigern sich im Krankenhause und als sie am 13. Juli 1877 hier aufgenommen wird, fehlte auch an den motorischen Störungen kein Symptom der Dementia paralytica, insbesondere war die Gedächtnissschwäche, die Gedankenarmuth, allgemeiner Tremor und Sprach-, Schrift- und Sehstörungen zu auffällig, um unbemerkt geblieben zu sein. Die Erregung hielt bis Anfang October an, war jedoch zu Beginn der Messungen bereits sehr abge-

schwächt. Der Stoffwechsel und der Ernährungszustand waren gut. Aus diesem Grunde hielten sich die Temperaturen auch immer im Bereich der Norm, meist zwischen 37,2—37,0—36,8 wechselnd. Einzelne Erhebungen bis 37,5 äusserten sich bei diarrhoischen Stühlen. Am 17. Oct. mehrten sich die motorischen Störungen, Stottern wurde ärger und plötzlich blieb die Sprache momentan ganz weg; Patientin empfand Schwindel dabei, Kopfweh und brachte 3 Tage im Bett zu. Dieser leichte paralytische Insult markirt sich durch eine Steigerung der Curve, durch einen dreitägigen Bogen, die höchste Temperatur war 38,2. Ein noch leichterer Anfall wiederholte sich am 25. Oct., die Temperatur stieg dabei nur von 37,1 auf 37,7. Darauf folgen Tagesschwankungen von 0,6 Graden. Unter dem Ueberhandnehmen körperlichen Uebelbefindens, Kopfweh, Schwere, Zittern in den Gliedern und ohnmachtähnlicher Zustände erfolgt am 1. Nov. der dritte stärkste Insult mit Sprachlosigkeit und Parese der Extremitäten. Die Art der Steigerung geschah folgender Maassen:

Am 31. Oct. früh 37,6; Mittags 37,6; Abends 38,6.

Am 1. Nov.	früh	38,0;	Abends	39,2.
„ 2. „	„	37,8;	„	38,4.
„ 3. „	„	37,6;	„	37,7.
„ 4. „	„	37,0;	„	37,4.
„ 5. „	„	37,1;	„	37,2.

Am 7. Nov. erfolgt der tiefste Stand der Temperatur in dieser Phase, nämlich 36,0. Am 11. Nov. ist wieder 37,7, der Culminationspunkt erreicht. Auffallend war im psychischen Verhalten das merkliche, von Tag zu Tag tiefere Sinken der Intelligenz. Patientin wurde gleichgültig und arbeitete gar nicht mehr. Sie sass stumm und stundenlang regungslos umher und antwortete kaum auf eine Frage, sie war weder in Bezug auf die Zeit noch den Ort orientirt, kurz sie war blödsinnig geworden. In der Folgezeit hielten sich die Temperaturen immer zwischen 36,0 und 37,0 bis zum 15. Dec. In der Zeit der Tiefstände war der psychische Zustand durch eine weinerliche Stimmung charakterisirt. Gleichzeitig mit der Annäherung an die Norm besserte sich auch das geistige und körperliche Befinden. Am 16. Dec. erfolgte eine abermalige Steigerung der Temperatur um volle 2 Grade, von 35,5, dem tiefsten Stande, bis auf 37,5. Von da geschah der Abfall wieder rasch, sodass am 19. Dec. eine Temperatur von 35,4 und nach sechstägiger normaler Temperatur am 25. Dec. sogar nur 35,0 constatirt werden konnte. Darauf näherte sich die Temperatur 7 Tage lang der Norm, um dann 14 Tage lang ganz in der Nähe von 36,0 zu bleiben. Von da an sind stärkere Schwankungen zu verzeichnen gewesen, zweimalige Steigerungen bis 37,5, einmal bis 38,2 als Ausdruck leichter paralytischer Insulte. Im Uebrigen war die Temperatur meist über 37,0, aber die Tagesschwankungen betragen gewöhnlich einen ganzen Grad. Auffälliges und Abnormes bietet der fernere Verlauf nicht dar; nur war eine Abnahme des bisher guten Ernährungszustandes in Folge oder bei gleichzeitiger Nahrungs-

verweigerung, sowie eine grössere geistige Stumpfheit zu constatiren. — Auf Wunsch der Angehörigen, die den Zustand für eine einfache Melancholie erklärten, die durch den ferneren Anstaltsaufenthalt unterhalten würde und die zu Hause schneller geheilt werden könne, erfolgte am 15. März ihre Entlassung. Es soll zu Anfang zu Hause gut gegangen sein; aber die Kranke blieb nicht so still und ruhig; sie wurde wieder unruhig, schlug um sich und war so erregt, dass sie nicht länger ausserhalb der Anstalt bleiben konnte. Sie wurde im Mai wieder aufgenommen und zeigte gleich in den ersten Tagen grössere Unruhe, Aengstlichkeit, hatte Ohnmachten und musste das Bett hüten. Sie antwortete fast auf keine Frage, blieb regungslos liegen, musste gefüttert werden etc. Die Temperatur verlief in folgender Weise:

Am	24. Mai	1878	früh	36,9;	Abends	36,7.
„	25. „	„	„	37,1;	„	36,9.
„	26. „	„	„	36,3;	„	37,2.
„	27. „	„	„	36,9;	„	37,4.
„	28. „	„	„	38,7;	„	38,0.
„	29. „	„	„	36,5;	„	38,4.
„	30. „	„	„	38,7;	„	40,0.
„	31. „	„	„	37,1;	„	37,2.
„	1. Juni	„	„	36,2;	„	36,4.

Die Temperatur hält sich dann immer unter 37,0, meist in der Nähe von 36,0 und macht nur noch einige höhere Excursionen, denen abermals Zustände der oben geschilderten Art entsprechen.

Beob. XXXIV. Die 30jährige Minna N., aus Osterburg, befand sich bis zu ihrer gegenwärtigen Erkrankung, Anfang 1877, wohl und conditionirte als Köchin und Wirthschafterin in vornehmen Häusern, wo sie Gelegenheit fand sich Lues zu acquiriren. Obwohl ihr Alter noch nicht das der classischen Paralyse ist, bietet sie doch nach jeder Richtung diejenigen Merkmale dar und zwar in ausgeprägter Weise, deren Vorhandensein für gewöhnlich zur Definition der Dementia paralytica gefordert wird. Sie bietet keine Zeichen von Lues dar, ist körperlich sehr reducirt, verweigert die Nahrung, ist in beständiger Erregung, schläft nicht, lärmt und schwatzt fortwährend vor sich hin. Nach c. 8—10 wöchentlicher Dauer dieses Erregungszustandes beginnt sie sich körperlich zu erholen, lässt ihre Grössenwahnideen nicht mehr hervortreten und gleichzeitig treten die motorischen Störungen in Gang, Schrift und Sprache ganz wesentlich zurück. Die Remission wird eine so vollständige, dass man der Kranken Nichts anmerkt, dass sie jemals auch nur eine Spur von paralytischen Erscheinungen gehabt hat. Sie wird am 19. Dec. 1877 entlassen. Aber bald cessiren die Menses wieder, der Stuhlgang wird angehalten, Unruhe, Schlaflosigkeit, Grössenideen etc. stellen sich von Neuem ein, sodass die Einlieferung am 18. Mai 1878 zum zweiten Male erfolgen muss. Patientin ist körperlich abermals äusserst zurückgekommen und hochgradig erregt. Dieses Erregungsstadium wird durch die Curve deutlich illustrirt. Ausser der all-

gemeinen Wellenbewegung zeigt sie hohe Spitzen bis 38,4; die Abendtemperaturen fast alle nahe an 38,0, während die Morgentemperaturen meist 1,0 oder noch tiefer darunter liegen. Die grossen Tagesdifferenzen und die grossen Sprünge halten bis jetzt noch an, wie auch die Erregung und Verwirrtheit.

Blicken wir nun auf die angeführten Beobachtungen zurück, so bemerken wir, dass die Krankheitsbilder ziemlich verschiedener Art sind. Wir haben von Kranken gesprochen, bei denen die Aufregungszustände mit dem gewaltig erhöhten Selbstgefühl in den Vordergrund treten; von solchen hinwiederum, deren Grundstimmung eine melancholisch-hypochondrische war; wieder andere lebten still, theilnahmlos, in blödsinniger Weise vor sich hin. — Die bisherigen Bearbeiter der Dementia paralytica führen nur zwei Gruppen von Krankheitsbildern an, die eine, die die maniacalische, die andere, die die melancholische Form genannt worden ist. Es zwingt sich mir aber noch eine dritte Gruppe auf, der klinischen Erscheinung nach, die schon obenerwähnte, mehr gleichgültige, apathische, blödsinnige Form, in der eigentliche Affecte, in der Grössen- oder andere Wahnideen, auch keine Sinnestäuschungen zur Erscheinung kommen. Es macht sich vielmehr mit dem Fortschreiten der allgemeinen Paralyse, mit dem Ueberhandnehmen des körperlichen Verfalls, ein gleichzeitiger Rückgang der psychischen Potenzen bemerkbar. Diese Art von Kranken verlieren gleich von Anfang an ihre geistige Frische, sie werden ohne Vorstufen, ohne melancholisches, ohne maniacalisches Vorstadium gleich von vornherein blödsinnig, geistig gelähmt, besonders sind es die tabetischen Paralytiker, die hierher zu rechnen sind. Ich finde, dass die melancholische Gruppe mehr den wirklichen Apoplectikern angehört, während die maniacalische Gruppe intensivere meningitische Processe aufweist, wobei gleichzeitig in der Hirnsubstanz stärkere Injection der Gefässe sich zeigt und die dritte Gruppe die reine Hirnatrophie darstellt, ohne wesentliche Betheiligung der Hirnhäute und ohne tiefere pathologische Vorgänge von Seiten des Gefässsystems.

In der maniacalischen Gruppe hält sich die Temperatur wegen der grösseren Wärmeerzeugung durch die beständige

Agilität immer etwas höher, zeigt hohe Spitzen, die steil ansteigen und steil abfallen, grosse Tagesdifferenzen und entsprechend Zuständen der Erschöpfung sehr tiefe Temperaturen, die ebenso spitz und schroff nach unten abfallen. In der melancholischen Form hält sich die Temperatur tief unter der Norm, zeigt wenig hohe Spitzen und Abfälle und meist geringe Tagesdifferenzen. In der dritten Form machen sich ausser den Temperaturerhebungen, die der allgemeinen Wellenbewegung entsprechen, keine absolut hohen oder absolüt tiefen Temperaturen bemerkbar; es sinkt vielmehr die Temperatur allmälig entsprechend dem allgemeinen Verfall mit geringen Differenzen mehr und mehr herab und der Tod tritt ein meist mit einem sehr tiefen Sinken der Temperatur. — Die Curve solcher Paralytiker, die kräftig genährt sind, sich wenig bewegen und bei denen es zu Stauungen und Blutüberfüllung in den Extremitäten dauernd gekommen ist, in denen also die Lähmung des Gefässsystems constant ist, ist höher. — Soweit sich also die klinischen Symptome mit den genannten anatomischen Befunden decken und somit eine Trennung der einzelnen Fälle ermöglichen, insoweit geben, wie wir gesehen haben, auch die Temperaturcurven Anhaltspunkte dar, an ihrer Hand die gleiche Trennung vorzunehmen. Auch die Temperaturcurven zerfallen im Wesentlichen in drei Gruppen und jede dieser Gruppen bietet Eigenthümlichkeiten dar, die ihre Abscheidung von der allgemeinen grossen Gruppe nicht nur möglich machen, sondern sogar erfordern.

Eines haben aber alle drei Gruppen mit einander gemein, sie führen pathologisch-anatomisch zur Hirnatrophie, zu essentieller Alteration der Hirnsubstanz, sie führen psychisch zu absolutem geistigen Verfall. Auch in körperlicher Beziehung macht sich ein stetes, oft äusserst schnelles Zurückgehen bemerkbar. Die Muskeln verlieren ihre Elasticität, die Knorpel werden rigide, verkalken, es zeigt sich die Neigung Knochen zu überproduciren, die inneren parenchymatösen Organe verfetten, kurz es machen sich überall Störungen bemerkbar, die von einem Nachlass der vitalen Kraft, von einem Rückgang, von fortschreitender Senescenz zeugen.

Ist nun das Senesciren der inneren Organe und des gan-

zen vitalen Organismus überhaupt eine selbstständige, ursachlose, idiopathische Krankheit und wird es aus sich selbst bedingt? Entsteht der rapide Decubitus, die Diarrhöen, oft unstillbar, herpetische Ausschläge, partielle Lähmungserscheinungen etc. von selbst? — Das Gehirn, das Rückenmark ist es, welches überall hin seine Fühlfäden ausstreckt und wenn dieses Centralorgan nicht mehr frei von pathologischen Vorgängen ist, wenn seine Ernährung nicht mehr in hinreichender Weise erfolgt, oder die Leitungsbahnen gestört sind, dann werden auch die Organe, wird die Gesammternährung zurückgehen.

Von diesem Gesichtspunkte aus können die Temperaturen an Dementia paralytica Leidender nicht als Ausfluss des blossen Ernährungszustandes betrachtet werden, sie lehren nicht nur in mehr oder weniger deutlicher Weise wie das somatische Befinden des Kranken sich verhält, sie geben auch Auskunft von den pathologischen Vorgängen im Gehirn.

Dass es aber das Gehirn ist, welches erkrankt war, beweisen für einen Theil die mitgetheilten Sectionsberichte, für den anderen eine Reihe schwerer Hirnsymptome, die Zeugniss von einem fortschreitenden Krankheitsprocess geben; also auch davon, dass das Gehirn fortwährenden Reizzuständen ausgesetzt ist, mögen sie nun in Circulationsstörungen, in entzündlichen Vorgängen oder in sonst welchen pathologischen Processen bestehen. — Körperliche Krankheiten sind nur selten als Ursache der anomalen Temperaturen zu betrachten gewesen; sie sind überall ausdrücklich erwähnt und die Curve für diese Zeit nicht weiter berücksichtigt worden. Die Allgemeintemperatur an Dementia paralytica Leidender ist tiefer, als die gesunder Menschen oder von anderen Krankheiten afficirten. Die Erklärung hierfür ist nicht schwer zu finden. Es giebt keine Krankheit, mit Ausnahme der Vergiftungen, die mit einer abnorm tiefen Körpertemperatur einhergeht; es ist vielmehr für alle körperlichen Krankheiten charakteristisch, dass sie mit einer Erhöhung der Temperatur Hand in Hand gehn. Die citirten physiologischen Versuche lehren nun, dass auf Hirnreize ein Sinken der Körpertemperatur erfolgt; wir wissen, dass das Hirn Paralytischer Reizzuständen unterliegt,

ergo müssen Paralytiker eine Gesammttemperatur haben, die unter dem Niveau derjenigen gesunder Leute liegt. — Diese Hirnreizung kann keine gleichmässig fortlaufende sein, sie muss Remissionen machen, ganz aufhören; es müssen somit die Temperaturen mit dem Nachlass des Reizes in eine normalere Lage zurückzukehren suchen, sobald nicht anderweit störende Verhältnisse eintreten. Es müssen bessere Zustände mit schlechteren abwechseln und sowie das psychische und somatische Befinden der Paralytischen thatsächlich periodischen Schwankungen unterliegt, ebenso zeigen die Temperaturcurven ohne Ausnahme mit mehr oder weniger grosser Regelmässigkeit allmälige Schwankungen im Stande der Temperatur, die Curve zeigt die überall hervorgehobene Wellenbewegung. Diese Bewegung fällt zwar an jeder Curve ziemlich deutlich auf, sie kann aber auch graphisch noch besser dargestellt werden durch Verbindung der täglichen Temperaturhochstände, die auf die Abendzeiten fällt und der tieferen Morgentemperaturen.

Es zeigt sich dann fernerhin, dass die einzelnen Bogen von sehr verschiedener Länge und von sehr verschiedener Höhe sind. Aber auch hierbei ist eine gewisse Gesetzmässigkeit unverkennbar. Die langgestreckten Bogen erreichen im Allgemeinen eine geringere Höhe als die kurzen, und die Tagesdifferenzen sind hierbei geringer und gleichmässiger. Die kurzen Bogen, die sich nur auf wenige Tage erstrecken, erreichen eine grössere Höhe, zeigen grössere Tagesdifferenzen und in ihrem Bereiche zeigt sich eher eine gewisse Unregelmässigkeit. Die absolut hohen Temperaturen, soweit sie nicht die apoplectiformen Insulte betreffen, worüber später verhandelt werden wird, treten fast ausnahmslos im Gefolge der allgemeinen Wellenbewegung zu solchen Zeiten ein, in denen die Temperatur ihren Höhepunkt erreicht hat, auf der Höhe der Welle und erst von da an kommt ein staffelförmiges Sinken mit grösseren Tagesdifferenzen, die sich gewöhnlich erst allmälig wieder ausgleichen, zur Beobachtung. Die Wellenbewegung selbst ist also eine unregelmässige; es wechseln längere, weniger hohe, mit kürzeren, meist spitzen und hohen Bogen ab. Die verbrauchten Wärmemassen bleiben sich also gewissermaassen gleich; denn ein Mensch kommt bei langsamen

und gleichmässigerem Verbrauch seiner Wärme weiter, als einer, der seine Wärme in grossen Massen verbraucht. Bildlich kann man die in Rede stehenden Verhältnisse durch Rechtecke darstellen. Die kurzen Bogen mit hohen und steilen Temperaturen seien durch ein hochstehendes Rechteck dargestellt, die langen und niedrigen Bogen mit weniger hohen Tagesdifferenzen durch ein liegendes Rechteck; die Fläche beider ist aber gleich; so auch die Masse der verbrauchten Wärme. — Es ist also nicht blos zufällig, dass bei den maniacalischen Aufregungszuständen die Curve höhere Excursionen macht, mit grösseren Tagesdifferenzen und von kürzerer Dauer, während die melancholischen und stupiden Formen überhaupt nur eine mässige Wellenbewegung darbieten. — Ich will hierbei nicht unterlassen, auf ein ähnliches Verhalten bei den Epileptischen aufmerksam zu machen. Eine Gruppe ausgebildeter epileptischer Anfälle ist gewöhnlich viel kürzer, als ein epileptoider Erregungszustand, der sich an Stelle der epileptischen Anfälle einfindet. Wir wollen es so bezeichnen, dass der Bogen der ausgebildeten epileptischen Anfälle kürzer und höher ist, während sich der der epileptoiden Erregungszustände auf mehr Tage erstreckt, länger und weniger hoch ist. — Der Paralytische erleidet seine Insulte auch in einer gewissen Regelmässigkeit und Periodicität. Je länger die ruhige Zeit gedauert hat, um so grösser und um so heftiger pflegt der dann folgende paralytische Anfall und die dabei beobachtete Temperatursteigerung zu sein, während diejenigen Temperaturerhöhungen, und die denselben entsprechenden paralytischen Anfälle, die öfters wiederkehren, nicht dieselbe Höhe, nicht dieselbe Intensität zu erreichen pflegen. Dabei ist nicht gesagt, dass das immer so sein muss, sondern nur häufig und gewöhnlich. — Die Insulte brauchen nun nicht blos in ausgebildeten ein- oder doppelseitigen Krämpfen zu bestehen. Die Curven zeigen zu verschiedenen Zeiten Erhebungen. Das eine Mal sind diese der Ausdruck der wirklichen ausgebildeten Krampfanfälle, das andere Mal von Erregungszuständen, das andere Mal von solchen Zuständen, in denen die Patienten weinerlicher werden, in denen die psychischen und motorischen Störungen auffälliger und stärker hervortreten, in denen nur Schwindel- und Ohn-

machtsanfälle zu Tage kommen. Ich stehe daher nicht an, die eigentlichen paralytischen Krampfanfälle mit den periodischen Aufregungszuständen und den Exacerbationen sämmtlicher Krankheitserscheinungen bei den melancholischen und stupiden Formen nach Analogie derselben Verhältnisse bei den Epileptikern, für äquivalent zu erklären.

Ueber die Temperaturverhältnisse der paralytischen Insulte selbst ist soviel im Allgemeinen bekannt, dass alle Anfälle von einer oft recht intensiven Temperaturerhöhung begleitet sind. Dieses Factum ist natürlich auch durch die vorliegenden zahlreichen Messungen bestätigt worden. Wie aber diese Steigerung erfolgt, darüber habe ich in der Literatur keine Angaben gefunden. Ich habe mehrere paralytische Insulte von Anfang an zu beobachten Gelegenheit gehabt und konnte, nachdem ich in der Beurtheilung der paralytischen Curven einige Uebung erlangt hatte, wiederholt auf die Wahrscheinlichkeit eines zu erwartenden Insultes aufmerksam machen. So in Beobachtung X. Der Kranke, der in Folge eines paralytischen Anfalls an Lungenödem zu Grunde ging, zeigte schon drei Tage vor dem tödtlichen Anfall ein stetes Sinken der Temperatur und als am 15. Dec. 1877 der eigentliche Krampfanfall erfolgte, machte sich noch ein weiteres Sinken der Temperatur von 34,7 auf 34,1 bemerkbar und dann erst erfolgt die gewöhnliche Steigerung. In Beobachtung XIII. erlitt der Kranke am 17. Nov. 1877 einen Schlaganfall. Schon am 16. Nov. fiel die Temperatur und zwar von 36,8 auf 36,5 und dann auf 36,1. In Beobachtung XX. trat am 19. Dec. ein paralytischer Anfall ein; am 18. Nov. fiel die Temperatur von 37,0 auf 36,6. Unmitfelbar nach dem Anfall findet ein weiteres Sinken der Temperatur statt, beginnt aber schon nach einer Viertelstunde wieder zu zeigen. Auch nach dem zweiten Insult findet am 20. Dec. ein abermaliges Fallen der vorher erhöhten Temperatur statt, wie aus der unten stehenden Curve [1]) zu ersehen ist. — Ich kann übrigens nicht umhin auf die Aehn-

[1]) Am 19. Dec. früh 9 Uhr 36,5 — um 10 Uhr 36,0 — um 6 Uhr 37,5 — 8 Uhr 37,0 — 10 Uhr 37,2. Am 20. Dec. früh 2 Uhr 36,8 — 3 Uhr 36,9 — 6 Uhr 36,7 — 11 Uhr 37,9 — 12 Uhr 36,9 — 4 Uhr 38,6 — 8 Uhr 37,0.

lichkeit der Curve aufmerksam zu machen, die der paralytische Insult giebt, mit der bei tetanischen Krämpfen und apoplectischen Anfällen gewonnenen, wie *Althaus* und *Güntz* darüber berichten. Wie leichte paralytische Insulte mit niedrigen Temperatursteigerungen einhergehen, ebenso constatirte *Güntz* geringe Temperaturerhöhungen bei wenig intensivem Tetanus, während heftige Temperaturschwankungen durch heftige Krampfanfälle bewirkt werden.

In dem letzten Stadium der Paralyse sind die Lähmungserscheinungen häufiger, oft schon wochenlang vor dem Tode vorhanden. Die Curven zeigen dann fast ohne Ausnahme ein Steigen der Temperatur. Dass die Störung des Gleichgewichts eine intensive ist, und dass das Bestreben des regulatorischen Centrums in normale Verhältnisse zurückzukehren in Folge der Lähmung gewissermaassen mit Anstrengungen verknüpft ist, lehren die hohen Tagesdifferenzen, die hierbei zur Beobachtung kommen und die grössere Unregelmässigkeit der Curve.

Die Frage nun, ob aus den Temperaturcurven eine Psychose allein diagnosticirt werden könne, ist bisher allgemein verneint worden, in jüngster Zeit von *Burkhardt*.

Nach dem vorliegenden Materiale kann ich diesem absolut negirendem Urtheile nicht beistimmen und behaupte, dass es wohl möglich ist, die vollständige Curve eines an Dementia paralytica Leidenden von jeder anderen zu unterscheiden, aus ihr die Diagnose zu stellen und zwar aus folgenden, des Weiteren schon auseinandergesetzten Merkmalen und Eigenthümlichkeiten:

1) Die Allgemeintemperatur der Paralytiker liegt für gewöhnlich und im Durchschnitt tiefer, als die gesunder Menschen.

2) Die Temperaturcurve zeigt eine gewisse Wellenbewegung und zwar entsprechen die längeren Wellen mit kleinen Tagesdifferenzen und grösseren Regelmässigkeit einer grösseren psychischen Ruhe und einem gleichmässigerem Verhalten; sie wiegen vor bei den melancholischen, tabetischen und stupiden Formen der Paralyse. Die kürzeren Wellen mit grösseren Tagesdifferenzen entsprechen paralytischen Insulten, mögen sie in ausgebildeten paralytischen Krampfanfällen bestehen oder an deren Stelle in zeitweiligen Erregungszuständen, oder in temporären

Exacerbationen der psychischen und motorischen Störungen, die klinisch dasselbe bedeuten.

3) Im letzten Stadium der Paralyse macht sich ein starkes Schwanken der unterdess höher gewordenen Temperatur geltend mit grossen Tagesdifferenzen, entsprechend den allgemeinen und vorwiegenden Lähmungserscheinungen.

4) Die paralytischen Insulte sind stets von Temperatursteigerungen begleitet und zwar sind diese um so grösser, je intensiver die Krampferscheinungen bei den Insulten hervortreten. In der Regel ist die Temperatur vor dem Anfall tief und sinkt in den ersten Minuten unmittelbar nach dem Insult noch tiefer als Ausdruck des Hirnreizes, durch welchen die Krämpfe hervorgerufen werden.

5) Bei solchen Paralytischen, bei denen die Lähmungserscheinungen hochgradig sind, ist die Allgemeintemperatur höher; ebenso bei solchen, bei denen es in Folge der Gefässlähmung bereits zu beständigen Stauungen im Gefässsystem gekommen ist.

Literaturangaben.

1) *Althaus*, Die Prognose der Gehirnblutung. Archiv für Psychiatrie. VIII. S. 43.

2) *Benedict*, Die pathologische Anatomie der Lyssa humana. Wiener med. Presse. XIX. Jahrgang. No. 24. 16. Juni 1878. S. auch *Virchow's* Archiv. 72. Bd. 3. Hft. S. 425.

3) *Blandford*, Die Seelenstörungen. Deutsch von *Kornfeld*.

4) *Bourneville*, Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux.

5) *Bonet* et *Poincaré*, Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale. Paris 1875.

6) *Burkhardt*, Archiv für Psychiatrie. VIII. Heft II.

7) *Damrosch*, Deutsche Klinik, 1853, p. 317.

8) *Eulenburg* und *Landois*, Ueber das Vorkommen thermischer (vasomotorischer) Centren in der Hirnrinde. Centralbl. f. d. medic. Wissensch. No. 15. *Virchow's* Archiv, Bd. 68, 2, ebenda Bd. 66, 4. — Berliner klin. Wochenschrift, 1876. No. 42 und 43.

9) *Fraentzel*, Charité-Annalen. 1876. I. S. 371.

10) *Güntz*, Temperaturbeobachtungen bei tetanischen Krämpfen Geisteskranker. Zeitschrift für Psych. Bd. 25. S. 165.

11) *Hitzig*, Centralblatt f. d. med. Wissenschaften, 1876. No. 18.

12) *Heynold*, Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 39 und 1878. No. 39.
13) *Jacobsohn — L. Senator*. *Virchow*'s Archiv. Bd. 65.
14) *Küssner*, Archiv für Psychiatrie VIII. S. 432.
15) *Landois*, siehe *Eulenburg*.
16) *Liebermeister*, Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers.
17) *Löwenhardt*, Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 25. S. 685.
18) *Meyer*, *L.*, Annalen des Charité-Krankenhauses VIII. 2. 1858. p. 44.
19) *Meschede*, Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 29. S. 587. *Virchow*'s Archiv. Bd. 34.
20) *Magnan*, Gazette médicale de Paris. 1876. No. 46. p. 481.
21) *Masius* und *Vanlair*, Jahresbericht von *Hofmann* und *Schwalbe*. 1876. II. pag. 70.
22) *Parinaud*, *H.*, De l'influence de la moelle épinière sur la température. Archiv de physiol. norm. et pathol. 1877. Heft I. 63, II. 310.
23) *Poincaré*, s. *Bonnet*.
24) *Lépine*, De la localisation dans les maladies cérébrales. Paris. 1875.
25) *Ripping*, Zeitschrift f. Psychiatrie. Bd. 34. S. 643. — Bd. 30. S. 309. — Bd. 32. S. 422.
26) *Reinke*, Beobachtungen über die Körpertemperatur Betrunkener. Deutsches Archiv f. klin. Medicin. XVI. S. 12.
27) *Rosenthal*, *H.*, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluss des Grosshirns auf die Körperwärme. Dissert. Berlin. 1877.
28) *Schuelein*, *Virchow*'s Archiv. Bd. 66.
29) *Schüle*, Zeitschrift f. Psych. Bd. 24. S. 699.
30) *Senator*, s. *Jacobson*.
31) *Terrillon*, Ueber den Einfluss traumatischer Nervenverletzungen auf die Temperatur. Gazette médicale de Paris. 1877. No. 21. p. 254.
32) *Wagner*, Handbuch der allg. Pathol. u. Therapie.
33) *Weiland*, Drei Fälle von niederer Körpertemperatur. Inaugural-Dissertation.
34) *Wunderlich*, Eigenwärme. p. 106.
35) *Westphal*, Archiv für Psychiatrie. Bd. I. S. 44.
36) *Wachsmuth*, Zeitschrift f. Psych. Bd. 14. S. 532.
37) *Zenker*, Zeitschrift f. Psych. Bd. 33. S. 1.

Zur Pathologie der Angst [1].

Von

C. Roller,

Arzt in Illenau.

Die Patientin, von deren Beobachtung ich bei der folgenden Darstellung ausgehen will, stammt aus einer geistesgesunden Familie und war gut beanlagt. Als Dienstmädchen erhielt sie eine Belobung für treues Verhalten. Mit einem Schreiner in einer badischen Stadt verheirathet, hatte sie ihr gutes Auskommen und lebte in glücklicher Ehe. Mehrere Söhne wuchsen kräftig heran, da erkrankte einer derselben an Phthise, zu welcher weder Vater noch Mutter Anlage zeigen. Die Sorge um den kranken Sohn, die Pflege, die sie ihm widmete, waren es ohne Zweifel, die das Nervensystem der gemüthlichen Frau und zärtlichen Mutter tief erschütterten und den Ausbruch einer schweren Melancholie veranlassten. In dieser wurde sie den 29. Aug. 1877 in unsere Anstalt aufgenommen, in welcher sie sich noch befindet.

Frau H. ist 56 J. alt, zeigt die Erscheinungen eines gewissen Grades von Oligämie, Rigidität der Arterien, verstärkten Herzstoss und ein systolisches Geräusch an der Herzspitze, Struma, Strabismus convergens des linken Auges. Diesen will sie von jeher besessen haben. Sie meint, dass er sich vielleicht nach Convulsionen ausgebildet habe, die sie in früher Kindheit durchgemacht. Endlich fand sich Verwachsung der Vaginalportion mit der vorderen Scheidenwand und eine Erosion am Os uteri.

---

[1]) Vortrag, gehalten in der Sitzung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins, 19. Oct. 1878, zu Karlsruhe.

Die Kranke befand sich bei der Aufnahme in einem Zustande grosser schmerzlicher Erregung, ihr Reden hatte vorzüglich die Erkrankung des Sohnes zum Gegenstand, ihre Sehnsucht nach ihren Söhnen überhaupt, die Besorgniss, sie komme nicht mehr heim. Melancholische Wahnvorstellungen ausgebildeter Art traten nicht hervor, dagegen waren Gehörstäuschungen im Sinne ihrer Schwermuth vorhanden. Die Erregung steigerte sich bald sehr. Die Kranke gerieth in heftiges Schreien, lebhaften Bewegungsdrang, in welchem sie beständig auf- und ablief, die Hände rang, die Haare ausraufte, zur Thür hinausdrängte.

In der Aufregung war ihr Gesicht lebhaft congestionirt, der Puls nicht erheblich beschleunigt. Sie klagte dann über einen Druck im Epigastrium. Da sitze es, das müsse heraus. Dabei bog und krümmte sie sich oft, wie wenn dieser präcordiale Druck ihr das Aufrechtstehen nicht gestattete. Sie klagte dann über heftige Athemnoth, sie könne nicht mehr athmen, müsse ersticken, sie griff sich an den Hals, wie wenn sie da Etwas wegreissen wollte. Eine weitere Klage von ihr, besonders in späterer Zeit, war heftiger Kreuzschmerz.

Ihre Handlungen und Reden waren der Ausdruck einer sie völlig beherrschenden Angst. So lange man in ihrer Nähe war, verliess sie Einen nicht, verlangte fort, zu ihren Kindern, zu ihrem kranken Sohne. Dabei riss sie sich allmälig die Haare grossentheils aus. In ihre Reden mischte sich ein eigenthümliches Grössen-Element. Wenn man zu ihr kam, erklärte sie, es seien 30000 Jahre, dass man sie nicht gesehen, sie steigerte die Zahlen in das Maasslose, sie sei jetzt 30000 Millionen Jahre hier, oder, sie wolle doch nicht so lange hier bleiben. Aber sie fügte oft, gleichsam zur Erklärung, bei, es gehe keine Zeit herum, der Tag gehe nicht zu Ende, es gebe keine Nacht mehr.

Ihre Sprache bot eigenthümliche Erscheinungen, Articulationsstörung war nicht vorhanden, aber sie bildete neue Worte und gerieth leicht in ein rhythmisches Sprechen, in eine Art von Recitiren, welches einen gewissen singenden Ton hatte. Dies besonders, wenn ihre Rede ausklang in das klagende: „Meine Kinder, meine Kinder!“ Sehr häufig trat in ihrer Rede ein obscönes Element hervor, welches sich ohne weitere psychische Motivirung in die Aeusserungen der Angst, der Sorge wegen des Nichtfortkommens, der Sorge um den kranken Sohn mischte, für den Arzt aber weniger hörbar war, da sie in seiner Gegenwart damit wenn auch keineswegs vollständig doch etwas zurückhielt.

Sehr auffallend war eine Zwangsprache, in welche ihre Angstreden oft übergingen. Die Kranke ging aus von Wünschen oder Klagen, dann mischten sich Sylben ein, mit denen der Wille Nichts zu thun hatte, und die Rede klang in Reimen aus. Die Färbung der Reden mit ihrem Charakter der Gemeinheit und Obscönität, doppelt auffallend bei der sehr braven, anständigen Frau, sind ohne Zweifel mit durch die Uterinaffection bedingt. Mein verehrter Lehrer, Herr Geheime Hofrath Dr. *Hergt*, macht oft darauf auf-

merksam, wie die Ausgestaltung des Wahns zuweilen durch eine solche locale Affection innervirt sei. Speciell die so häufige des Uterus zeigt sich in gewissen Vorstellungen, oft anscheinend normaler Art, z. B. in einer gewissen angstvollen Beschäftigung mit den Kindern. Bei unserer Kranken mischten sich in den Angstaffect Elemente von Zorn über die von ihr schwer empfundene psychische Bewegung und veranlassten mit ihre Flüche und gemeinen Reden. Ein Wort, welches in ihren Reden immer wieder vorkam, war das Wort „Ochsen". Ihre Zwangsreden, beginnend mit einem gewollten Ausdruck, lauteten z. B.: „Muss ich jetzt in's Bett? Ochse Dure dett". „Wenn ich auch ruhig bin, Ochse Dure zwing." Dann „Meine Kinder, Ochsenschinder"; gingen auch in solche über, die auf ihre Angstgedanken keinen directen Bezug hatten, z. B.: „O Birnbaum, o Birnbaum, was machst du für'n Ochsetraum".

Ein immer wiederkehrendes Symptom war Zähneknirschen, nicht das mahlende, durchdringende, wie bei den Paralytikern, bei welchen der motorische Reiz die Backzahnreihen über einander hin- und herschiebt. Unsere Kranke knirscht mit den Schneidezähnen, von welchen sie oben nur noch einen besitzt, aber auch Das war durchdringend genug und für die Kranken, welche es hören mussten, eine Veranlassung energischer Beschwerde.

Gegenstand blieb nicht der Aufenthalt in der Anstalt, die Krankheit des Sohnes, sie richtete sich schliesslich gegen Alles, was sie sah oder hörte. Wenn der Arzt schrieb, rief sie: „Ach, wenn Sie schreiben, bin ich ganz verloren". Wenn eine Wärterin wegging, äusserte sie die beständige Furcht, sie komme nicht wieder zurück. Was geschah, machte ihr Angst. Von den anderen Kranken fürchtete sie umgebracht zu werden. In dieser beständigen Angst, von welcher sie Tag für Tag, Woche für Woche, Monat für Monat umhergetrieben wurde, war sie eine schwere Belästigung für die anderen Kranken. Isoliren konnte man sie nur vorübergehend, weil das ihre Beklemmung und damit ihre Unruhe und ihr Schreien bedeutend steigerte und weil die Gefahr des Suicidiums drohte.

Seit einiger Zeit scheint ein alternirender Typus vorhanden, der Art, dass die Unruhe einen Tag um den anderen stärker ist, aber dieser Typus ist nicht völlig ausgeprägt, sie ist auch an den relativ ruhigen Tagen erregt [1]).

Während der ganzen Dauer der Krankheit war es bei dieser bedeutenden Störung stets möglich, die Kranke für kurze Zeit abzulenken. Es schob sich zwar immer rasch wieder der Ausdruck der Angst dazwischen, aber sie gab richtige Auskunft und dann nicht in der Auffassung wahnhaft veränderter Apperception wie sonst die Melancholischen meistens. Aber diese relative Freiheit ging gewöhnlich rasch wieder vorüber.

Es wurde Alles versucht der Kranken Ruhe zu verschaffen. Sie bekam Narcotica, und einmal schien Calomel mit Opium ihr überraschend gut zu

[1]) Später glich sich der Wechsel noch mehr aus. Ruhe und Erregung wurden weniger markirt.

than. Sie bekam auf ihr Verlangen Magsamenthee, Bier. Die Erosion wurde geätzt. Alles half nur für kurze Zeit. Als sie sich sollte Blutegel an die Port. vag. setzen lassen, kam die vergrössernde Angst dazwischen, sie fürchtete die Millionen Blutegel, die entstehen würden, und da man sie nicht nöthigen wollte, unterblieb die Anwendung. Den grössten Einfluss hatte noch psychische Einwirkung, der Aufenthalt in einer ruhigen Abtheilung, in welcher sie sich etwas, freilich durchaus nicht vollständig, und auch das nur auf einzelne Stunden oder halbe Tage beherrschte, dann, noch in letzter Zeit, die Combination von Strenge und Gewährenlassen. Sie wurde einmal Vormittags in's Bett befestigt, durfte Nachmittags an einem Feste theilnehmen. Darauf war sie auffallend ruhig. Dann das directe Verbot sich ihrer Unruhe hinzugeben, ihre Angstreden zu äussern. Uebrigens hat sich seit längerer Zeit ihre Ernährung stetig gehoben. Die Kranke selbst äusserte sich oft unglücklich darüber. Sie sagte: „ich sehe jeden Abend bei'm Ausziehen, dass ich immer dicker werde, und doch geht es mir nicht besser". Die bessere Ernährung ist aber jedenfalls das wichtigste Moment für die Möglichkeit grösserer Beherrschung der angstvollen Unruhe.

Der Fall, den ich skizzirt habe, bietet das Bild einer Melancholie mit einigen ihm eigenthümlichen Erscheinungen. Uebrigens können wir ja sagen, dass bei unserer Disciplin jeder Fall sein Eigenthümliches hat. Wenn irgendwo individualisirt werden muss, so ist es in der Psychiatrie, die typischen Fälle sind, obgleich dies eigentlich paradox klingt, selten. Wenn aber in der grossen Klasse von Seelenstörungen, die wir unter dem Namen der Melancholie zusammenzufassen pflegen, Etwas typisch ist, so ist es die Angst, sei es, dass sie als solche, sei es, dass sie in allerlei Transformationen und Verkleidungen auftritt. *Dick* hatte Recht, als er sie in seinem Vortrage [1]) vor 2 Jahren hier in Karlsruhe phänomenologisch für einen Proteus erklärte und von den 1000 Masken, hinter denen sie sich verbirgt, einige abzog. Die Präcordialangst, welche die Kranke, von der ich sprach, mächtig beherrscht, ist bekanntlich eines der constantesten Symptome, und auch der Kreuzschmerz ist, obgleich seltener, doch, zumal bei den zahlreichen Uterinleidenden in der uns beschäftigenden Kategorie von Kranken häufig genug. Besonderheiten in unserem Falle sind: Der geringere Grad von Allegorisirung des Angstgefühles, als sie bei Melancholischen gewöhnlich stattfindet, die Zwang-

[1]) Diese Zeitschrift, Bd. XXXIII., S. 230 ff.

sprache mit ihrem rhythmischen und reimenden Charakter, die Grössevorstellungen, das Zähneknirschen, die relative Klarheit des Bewusstseins bei Ablenkungen.

Die Angst als Theilerscheinung und beherrschendes Symptom bei vielen Fällen von Seelenstörung, zumal bei Melancholie, hat schon lange die Aufmerksamkeit der Irrenärzte auf sich gezogen. In ihrer Erscheinung als s. g. Präcordialangst zeigt sie als sehr hervortretende Momente das Gefühl von Beklemmung der Brust, theilweise in vielen Fällen bedingt durch eine Intercostalneuralgie, aber auch durch Respirationsstörung, freilich ohne nachweisbare Lungenveränderung, ferner Störungen der Circulation, Herzpalpitationen, unregelmässigen oder verlangsamten Puls. *Schüle* in seinem Handbuch [1]) führt aus, dass wir es hier mit Vagussymptomen zu thun haben und dass der ganze Symptomencomplex auf einen centralen Ursprung und zwar höchst wahrscheinlich die Med. obl. weise. Als die zu Grunde liegende Empfindung betrachtet er, in Uebereinstimmung mit *Zenker* [2]), das Gefühl des Mangels an Sauerstoff und des Verlangens nach demselben in den betheiligten Parthien des Centralorgans.

In unserem Falle weisen nun, wie ich glaube, auch die ihm, ausser der Präcordialangst, die er im höchsten Maasse zeigt, eigenthümlichen Erscheinungen, gleichfalls auf die Med. obl. Zunächst die Störungen der Sprache. Von Aphasie ist keine Rede, es fehlen der Kranken weder Wort- noch Lautbilder, sie drückt sich in ruhigen Zeiten völlig richtig aus, in den Zeiten angstvoller Erregung aber gewinnt ihre Rede den zwangsmässigen, rhythmischen, reimenden Charakter, mitunter mit neugebildeten Worten, aber nur eingeschoben in die völlig bewusst gewollte Rede. Die unbewusst eingefügten Sylben, die sie braucht, gebildet nach Assonanz und Alliteration fallen, obgleich sie articulirt sind, unzweifelhaft in die Kategorie der unarticulirten Laute und sind directe Aeusserungen des Angstaffects. Die wesentliche Betheiligung der Med. obl. an der Articulation ist sicher. Eine Reihe bedeutender Forscher [3])

---

[1]) S. 109.

[2]) Diese Zeitschrift, Bd. XXXIII., S. 625.

[3]) *Kussmaul*, die Störungen der Sprache. S. 66 f.

verlegt dahin das betreffende Centrum, und auch *Kussmaul* statuirt „die Bedeutung der motorischen Bulbärkerne für die Bildung articulirter Laute“ [1]). In unserem Falle findet offenbar im Angstaffect von den Centren der Circulation und Respiration, die hierbei ja jedenfalls afficirt sind, eine Reflexübertragung auf das Articulationscentrum Statt. Eine entsprechende Betheiligung der Sprache ist nicht selten. Auch bei anderen Kranken dieser und anderer Kategorien kann man zwangsmässigen rhythmischen Charakter derselben beobachten. So fällt bei einer gegenwärtig in der Anstalt befindlichen Kranken mit angstvollem Verfolgungswahn der singende Ton der Sprache sehr auf. Auch in der Angst bei normalem Seelenleben stockt und auf der Höhe des Affects versagt die Sprache [2]), gewiss gleichfalls durch Reflex in der Oblongata.

Wir sehen beim Angstaffect den erwähnten Abschnitt des Centralorgans in ganz hervorragender Weise betheiligt, wir glauben weiter gehen und der Med. obl. eine fundamentale Bedeutung für die Entstehung der Angst zuerkennen zu dürfen. Die Oblongata ist damit, dass sie das vasomotorische und respiratorische Centrum enthält, das lebenswichtigste Organ und eine Verletzung derselben an bestimmter Stelle führt unmittelbar den Tod herbei. Wir glauben nun das Angstgefühl auffassen zu dürfen als Bewusstwerden der thatsächlich bestehenden Affection der Med. obl. in ihrer Bedeutung als B e d r o h u n g d e s L e b e n s. Diese Empfindung ist in diesem Falle „d a s F r e m d e i m B e w u s s t s e i n, w e l c h e s m i t Z w a n g w i r k t“, wie mein Vater zu sagen pflegte. Die Lebensgefahr wird als solche oder in verschiedenartiger Transformation bewusst. Oft besteht bei diesen Kranken die beständige Furcht, sie müssten sterben, sie müssten gleich oder die nächste Nacht sterben, sie würden erschossen, verbrannt, man sprenge sie in die Luft u. s. w. Oder in transformirter Weise: ihre Angehörigen leben nicht mehr, oder es geschieht oder droht ihnen Dies oder Jenes, — oder die Kranken sind aus der Gnade gefallen, sind ewig verloren, werden nicht mehr gesund u. s. w.

---

[1]) a. a. O.

[2]) „Obstupui, steteruntque comae, et v o x f a u c i b u s h a e s i t.“
Verg., Aen., 2, 774.

— verschiedene Erklärungsversuche des gewiss wesentlich gleichen fundamentalen Vorganges. Zuweilen können die Besorgnisse einen sehr kleinlichen Charakter tragen und doch der Ausdruck einer tiefen Angst sein. Dass, obgleich ein Gefühl von Bedrohung des Lebens zu Grunde liegt, gerade diese Kranken nicht selten zum Selbstmord schreiten, ist nur ein scheinbarer Widerspruch. Durch den Affect, wenn er eine gewisse Höhe erreicht hat, wird das Bewusstsein gelähmt und der Act des Suicidium erfolgt schliesslich in rein impulsiver Weise. Eine schwer Melancholische, die sich noch in der Anstalt befindet, versuchte den Selbstmord, obgleich sie fürchtet, in jener Welt verloren zu sein. Dies ist ja nicht selten.

Wenn unsere Auffassung des der Angst zu Grunde liegenden Vorganges nur auf die Fälle mit ausgesprochener Präcordialangst zu passen scheint, so steht es, wie wir glauben, ausser Zweifel, dass bei jedem melancholischen Angstzustand von gewisser Intensität respiratorische Bewegung und tiefgreifende vasomotorische Störung vorhanden sind. Diese Erscheinungen sind auch bei der in die physiologische Breite fallenden Angst vorhanden, ich werde darauf zurückkommen.

Auf der anderen Seite glaube ich allerdings, dass gewisse Erscheinungen von Angst noch directer organisch begründet sind als in der hervorgehobenen Weise. Sie sind gewiss oft darauf zurückzuführen, dass die Ernährungsstörung im Gehirn, der Beginn der Atrophie zum Bewusstsein kommt. So wenn wir die Furcht wahnsinnig zu werden, von Solchen äussern hören, die es schon lange sind. Hier ist es direct der centrale Vorgang als solcher, der die bestimmte Richtung der Angst erzeugt.

Wenn wir glauben, dass es sich bei der Angst darum handelt, dass ein bestimmtes pathologisches Verhalten der Med. obl. in einer gewissen Form und in zwingender Weise in's Bewusstsein tritt, so entsteht die Frage, wie wir uns die Betheiligung des Grosshirns als Organs des Bewusstseins zu denken haben. Um dieser Frage näher zu treten und um überhaupt das Wesen der Angst weiter zu erforschen, müssen wir zunächst die Vorgänge bei der Angst, die im normalen Seelenleben vorkommt, näher ansehen. Ist schon lange erkannt, dass

die Beobachtung der Affecte mit die wichtigsten Aufschlüsse über die Pathogenese der Seelenstörungen, mindestens einer grossen Reihe derselben zu geben vermag, so ist, wie wir glauben, dies bei der Angst in besonderem Maasse der Fall. Es sind hier Fingerzeige gegeben, welche aus dem physiologischen Gebiet in's pathologische sich wohl verfolgen lassen und vielleicht noch wichtige Aufschlüsse zu geben im Stande sein werden. Angstzustände scheinen uns deshalb besonders werth, scharf in's Auge gefasst zu werden, weil es hier nicht mit dem Shok des Affectes abgethan ist, sondern weil es sich hier auch bei normalem Seelenleben oft um länger dauernde Affectionen handelt.

Auch im normalen Seelenleben sehen wir bei den höheren Graden der Angst die Erscheinungen der Präcordialbeklemmung, Circulation- und Respirationstörungen, die bedeutend werden können. Im Angstaffect ist die Respiration beengt, die Circulation verlangsamt oder unregelmässig, es besteht Druck auf der Brust oder im Epigastrium, es tritt Blässe des Gesichtes ein, manchmal ein gewisser Grad von Exophthalmus, dann Zittern, eine Gänsehaut läuft über Rücken und Extremitäten. Diese sind kühl, werden schwer, wie gelähmt, versagen schliesslich ihren Dienst. Bei Dauer des Affectes bricht Schweiss aus, der „Angstschweiss“. Endlich ist eine constante Erscheinung eine Beschleunigung der Stuhlausleerung.

Die auf der Höhe des Affectes vorhandenen Erscheinungen sind die eines vasomotorischen Krampfes. Es sind wesentlich dieselben wie bei Reizung des Sympathicus, welche eine Verengung bis Verschliessung der Gefässe bewirkt.

Wir beobachten demnach in der melancholischen Angst neben den Erscheinungen von Seiten des Vagus solche von Seiten des Sympathicus. Diesen beiden Nerven kommt ein antagonistisches Verhalten zu. Während Reizung des Vagus die Herzaction verlangsamt, die Gefässe erweitert, die Darmbewegung beschleunigt, erzeugt Reizung des Sympathicus Verengerung der Gefässe, Beschleunigung des Pulses, und wie *Pflüger* nachgewiesen hat, Verlangsamung der Darmbewegung. Hier kommt besonders der Splanchnicus in Betracht, der zugleich der einflussreichste Gefässnerv ist. In unseren Fällen haben

wir die Symptome von Seiten der beiden antagonistischen Nerven, theils neben-, theils nacheinander, und es scheint, dass Reizung des einen reflectorisch Reizung des anderen hervorruft, während der erste erschlafft. Wir müssen dabei im Auge behalten, dass bei den Angstzuständen unserer Melancholiker ein chronischer Zustand zeitweise durch acute Anfälle unterbrochen wird.

Die Erscheinungen eines andauernd krampfhaften Zustandes des vasomotorischen Nervensystems von gewisser Höhe bestehen in einer grossen Reihe unserer Fälle oft lange Zeit: die Blässe, die Kühle und Cyanose der Extremitäten, der kleine Puls, das leicht eintretende Zittern. Wesentlich ist hierbei zugleich die Blutarmuth, die meistens, aber dann doch keineswegs immer bei unseren Kranken besteht. Und wenn wir „Anämie" als Ursache der uns beschäftigenden Zustände annehmen, so sind wir uns wohl bewusst, dass es nicht die Blutarmuth an sich ist, die die Erscheinungen veranlasst, denn Blutarmuth schon sehr hohen Grades macht als solche noch keine Seelenstörung, sondern, dass es die mit der Anämie verbundene oder ohne sie vorhandene veränderte Blutmischung ist, mit der wir es zu thun haben. Wenn also durch mangelhafte Ernährung — bei Anämie — das Gehirn beeinträchtigt ist, so muss noch ein Weiteres hinzukommen, um die eigenthümliche Störung seiner Function zu erzeugen, die uns beschäftigt. Diese Veränderungen der Blutmischung sind uns freilich unbekannt, die Erscheinungen aber weisen uns doch auf einen Theil der Quellen hin, welche die abnorme Zusammensetzung des Blutes bedingen.

In den von uns betrachteten Fällen besteht beinahe immer Störung der Verdauung. Nach der Steigerung der Darmthätigkeit, die wir im Angstaffect beobachten, folgt ganz gewöhnlich eine mitunter ausserordentlich hartnäckige Obstruction. Diese ist, wenn wir sie als Folge von Reizung des Splanchnicus auffassen, Theilerscheinung der Affection des Sympathicus, die wir für wesentlich bei unseren chronischen Angstzuständen halten.

Wir dürfen hier in der Erklärung des Zustandes einen Schritt weiter gehen. In einer grossen Reihe unserer Fälle

ist eine hervortretende Erscheinung die Cyanose, die relative Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure. Während nun, wie schon erwähnt, Reizung des Splanchnicus die Peristaltik hemmt, regt dieser Nerv die Darmbewegung an, wie durch *Mayer* und *von Basch* gezeigt ist, wenn der Darm venöses Blut enthält [1]). Es liegt daher nahe, anzunehmen, dass bei der in unseren Fällen bestehenden ungleichmässigen Blutvertheilung die Kohlensäure, welche demnach für die Peristaltik erforderlich ist, ihre physiologische Wirkung auf den Splanchnicus nicht übt, während sie vielleicht einen Reiz an anderer Stelle setzt.

Die Thatsache, dass bei den chronischen Angstzuständen, welche uns beschäftigen, offenbar der Sympathicus wesentlich betheiligt ist, gewinnt eine wichtige Illustration durch den Umstand, dass bei Geistesgesunden es gerade abdominale Leiden sind, welche Angstgefühl hervorrufen, im längst auffällig gefundenen Gegensatz zu manchen und zwar höchst deletären Lungenkrankheiten, bei welchen relative Euphorie besteht.

Eine, übrigens hier ohne Zweifel secundäre Reizung des Vagus beweist die bei Patienten unserer Kategorie, welche ausgesprochene Verdauungsstörung zeigen, häufig hervortretende anhaltende Pulsverlangsamung.

Die Verdauungsstörung macht sich durch eine Reihe von Erscheinungen geltend. Appetitlosigkeit besteht schon bei den Angstzuständen des normalen Seelenlebens und ist bei den Melancholischen geradezu die Regel. Dann der oft bedeutende foetor ex ore. Der Obstruction haben wir schon gedacht. Auch in den seltenen Fällen, wo besserer Appetit vorhanden oder wo doch die Nahrungsaufnahme genügend oder selbst reichlich ist, bleibt während der Dauer der Störung die Ernährung schlecht, zum Zeichen, dass auf eine zunächst unerklärliche Weise die Assimilation gestört ist. Alle diese Erscheinungen, die von Organen ausgehen, die vorzugsweise vom Sympathicus innervirt sind, sprechen für dessen erhebliche Betheiligung.

Welche Zersetzungsproducte, deren Ausscheidung durch den Darm gehemmt ist, die Blutmischung alteriren, wissen wir

[1]) *Ranke*, Physiologie, S. 323.

nicht, indessen weist die oft vorhandene Cyanose hier wiederum auf die CO^2, die als Product des Stoffwechsels in den Lungen nur zum Theile ausgeschieden wird. Es darf hier daran erinnert werden, dass die Fettbildung in den uns beschäftigenden Zuständen erheblich beeinträchtigt ist. Statt des Fettes bilden sich dessen Endproducte, Kohlensäure und Wasser.

Für die Störung im Verdauungsapparate höchst wichtig ist die hydrämische Blutbeschaffenheit, die sich in unseren Fällen allmälig ausbildet. Dass die wässerigen Bestandtheile des Blutes vermehrt sind, beweisen manche Erscheinungen. Einmal kommt für die Obstruction unzweifelhaft auch die zu geringe Wasserausscheidung und Zurückhaltung des Wassers im Blute in Betracht, auf demselben Umstande beruht allem Anscheine nach die so sehr gewöhnliche Trockenheit der Haut. Während so die normalen Ausscheidungen der wässerigen Bestandtheile des Blutes vermindert sind, erfolgen sie leichter an abnormen Stellen, wir beobachten häufig Oedeme an verschiedenen Parthien, namentlich um die Knöchel, an den Augenlidern, und oft genug in unseren Fällen will uns scheinen, als ob solche leichteren Grades im Centralorgan erfolgten. *Cohnheim* [1]) führt aus, dass eben die Hydrämie selbst die Permeabilität der Gefässwände erhöht. Auffallend ist, dass die Oedeme nicht selten bei Reconvalescenten eintreten, wo es den Anschein hat, als ob das Blut, indem es zu normaler Beschaffenheit zurückkehre, das überschüssige Wasser ausscheide.

Für die Störung der Blutmischung ist bei unseren Kranken gewiss oft die alterirte Hautthätigkeit wesentlich. Die Haut, im Paroxysmus der Angst der Sitz erhöhter Schweisssecretion, erscheint später sehr häufig trocken, dürr, pergamentartig, die Perspiration wie die Schweisssecretion herabgesetzt und dadurch die Anhäufung von Auswurfstoffen im Blute bedingt.

Was die Muskeln betrifft, so sind die motorischen Störungen in den Psychosen, auch wo es sich nicht um in die Augen springende Erscheinungen, wie Krämpfe und Lähmungen handelt, von grösster Wichtigkeit. Die Affecte sind im gesunden und kranken Zustande durch eigenthümliches, moto-

[1]) Vorlesungen über allgemeine Pathologie. S. 417.

risches Verhalten charakterisirt, derart, dass man vielleicht manchen Affect aus dem Anblick der Muskulatur erschliessen könnte, wenn das Gesicht verhüllt und die Stimme unhörbar wäre. Der erhöhte Tonus der Muskeln im Zorn, die gleichsam geladen erscheinen, bis die Entladung erfolgt, die an das Convulsive grenzenden Contractionen, — dann in der Angst die „Lösung der Glieder", ihre Erschlaffung, ihr subparetischer Zustand, das Zittern, das Knieschlottern sind unmissverstehbare Zeichen der entsprechenden Affectzustände. Gerade hier aber ist auch die Fortsetzung aus dem physiologischen Gebiet in's pathologische eine deutliche. Was dort eine vorübergehende Erscheinung war, die sich löst, wenn die Beherrschung durch den Affect vorüber ist, das wird hier bleibender Zustand und dieser tritt oft mit solcher Selbständigkeit auf, dass er nicht auf die alterirte Innervation in Folge des Hirnleidens allein zurückgeführt werden kann, sondern dass er gewiss als manchmal tiefe Ernährungsstörung des motorischen Apparates selbst aufgefasst werden muss [1]). Die motorischen Symptome, welche in so prägnanter Weise die Angstzustände bei normalem Seelenleben begleiten, treten in protrahirter und mannigfach veränderter Form in der melancholischen Angst hervor. Gehen wir etwas auf die einzelnen Erscheinungen ein. Wenn der Schreck und die Angst „in die Glieder fährt", so entsteht oft Zittern der Extremitäten. Es fragt sich, wie diese unregelmässigen schwachen Contractionen von kurzer Dauer zu erklären sind. *Hasse* [2]) sagt, das Zittern sei meistens eine Folge von Abschwächung der Innervation [3]). Wir glauben, dass auch der vasomotorische Krampf des Angstaffects zur Erklärung der Pathogenese des Vorganges herbeigezogen werden kann. Durch die Contraction der kleinsten Gefässe entsteht Anämie, diese reizt die sensibeln Haut-, vielleicht Muskel-

---

[1]) Vgl. *v. Solbrig*, Allg. Ztschr. XXVIII., S. 383.

[2]) Krankheiten des Nervensystems, S. 320.

[3]) Physiologisch ist das Zittern manchmal eher die Folge von verstärkter Innervation. Sehr geübte und gewandte Arbeiter bekommen, wenn sie besonders feine Arbeit ausführen wollen, wobei sie gewiss energisch innerviren, leicht Zittern.

nerven, und die Contractionen entstehen durch reflectorische Reizung der motorischen.

Die Bleischwere in den Gliedern, die Geistesgesunde in der Angst empfinden, belästigt auch die angstvoll Melancholischen. Diese werden leicht müde, sind müde auch ohne Bewegung, klagen Schwere, Schmerzen in den Gliedern. Dazu kommt das Gefühl von Unruhe bei der Müdigkeit. „Ich bin müde und habe doch keine Ruhe“, kann man oft genug hören. Eine Kranke, die sich gegenwärtig in der Anstalt befindet, äusserte, „sie habe Angst in den Gliedern“. Die Klagen über abnorme Sensationen in den Gliedern sind bei den uns beschäftigenden Kranken beinahe constant [1]). Höchst merkwürdig ist die Klage Mancher, dass sie Morgens müder seien als Abends. Es ist sehr häufig, dass sich die Melancholischen Abends überhaupt besser befinden als Morgens, eine Beobachtung, die auch bei nicht seelengestörten Hypochondern mitunter zutrifft.

Das motorische Verhalten im Allgemeinen ist bei unseren Fällen ein sehr wechselndes. Während die freudige Exaltation des Tobsüchtigen den motorischen positiven Pol zu bilden scheint, so die starre Bewegungslosigkeit des von stummer Angst Beherrschten den negativen. Aber nur scheinbar. Denn wenn wir näher zusehen, wird die ganze Scala innerhalb der Zustände durchlaufen, welche unter dem Zeichen der Angst stehen, und es kann der wilde Bewegung- und Zerstörungdrang des tief gestörten Maniacus durch Angst hervorgerufen sein, wie die hülfesuchenden und abwehrenden Bewegungen des angstvoll Melancholischen. Da wo die passive Angst herrscht, überwiegen die Flexoren; ein Kind, welches sich ängstigt, zieht sich in sich zusammen, es war im Uterus gezwungen, die möglich gebeugte Haltung einzunehmen [2]). Bei activen Ausbrüchen können, wie schon erwähnt, bedeutende motorische Entladungen stattfinden. *v. Solbrig* [3]) hat die Beziehungen des Muskeltonus zur psychischen Erkrankung er-

---

[1]) Sensible Störungen sind bei unseren Kranken sehr häufig und sehr wichtig, können aber zur Erklärung der uns beschäftigenden Erscheinungen nur zum kleinen Theil verwendet werden.

[2]) Vgl. *Krauss*, Die Extensoren u. s. w. Diese Zeitschr. X., S. 91.

[3]) a. a. O.

örtert, ausgehend von der Anschauung, dass „Alles, was im Bewusstsein als Erfolgvorstellung auftritt, um sich in weiterer Entwickelung als Willensimpuls und darauf folgende reale Handlung geltend zu machen, auf der Basis der Production oder Reproduction von Bewegungsgefühlen ruht, welche jeder Erfolgvorstellung und jedem in der Handlung zu Tage tretenden wirklichen Erfolg vorausgehen müssen“. —

In unseren Fällen ist das motorische Verhalten in der einen oder anderen Weise ganz gewöhnlich gestört, beide Momente: die psychische Innervation und die Ernährung der Muskeln sind alterirt und die eine Schädlichkeit wirkt bedingend auf die andere ein. Es wird oft schwer zu entscheiden sein, welches Moment im Verlaufe der Krankheit das ausschlaggebende sei. Die Kranken haben mitunter ein eigenthümliches Gefühl der Wechselwirkung. Eine Patientin unserer Kategorie äusserte kürzlich: „es sei sonderbar, wie ihr Befinden sich ändere. Wenn sie im Kopf frei sei, dann spüre sie es schwer in den Gliedern, und wenn sie Schwindel habe, dann sei Alles im Kopf und die Glieder seien frei.“

Die Fragen, inwieweit bei den motorischen Störungen in den Psychosen psychische Einwirkung, trophische Einflüsse von Seiten des Centralorgans und trophisches Verhalten der motorischen Nerven und der Muskeln in Betracht kommen, gehören zu den wichtigsten Aufgaben. „Untersuchungen der faradischen und der galvanischen Erregbarkeit haben mit Bestimmtheit zu dem Schlusse geführt, dass von den Centralorganen aus eine ständige Einwirkung auf Nerven und Muskeln Statt haben muss, deren Aufgabe eine Regelung dieser ist, eine Einwirkung, die wir nach allen Thatsachen trophischen Centren in der grauen Substanz des Rückenmarks zuschreiben müssen [1].“ Auf der anderen Seite fällt ein Theil der Ernährung der motorischen Nerven den Nervenendplatten in den Muskeln zu und auch für diese ist eine trophische Einwirkung durch die motorischen Nerven zufolge gewisser elektrischer Erscheinungen wahrscheinlich [2].

[1] *Rumpf*, über die Einwirkung der Centralorgane auf die Erregbarkeit der motorischen Nerven. Archiv für Psychiatrie, VIII., 3.

[2] *Rumpf*, a. a. O.

Eingehend hat sich *Tigges* [1]) mit der Motilität in den Psychosen beschäftigt. Er prüfte sie mit dem inducirten und mit dem constanten Strom und fand mit dem ersten bei Melancholie mit Sensationen und bei einfacher Melancholie die Contractilität der Flexoren und Extensoren, sowie die Schmerzempfindlichkeit vermehrt, bei Melancholie mit Stupor beide vermindert. Die Ernährung übte geringen Einfluss, ebenso der Grad der psychischen Verstimmung und Unruhe. Geringere Krankheitsdauer schien eher mit sehr gesteigerter Contractilität verbunden als grössere. Der constante Strom ergab sowohl mit als ohne Einschaltung des Rückenmarks verminderte Erregbarkeit. Diese Alterationen der Muskelerregbarkeit sind von hoher Bedeutung für die Erwägung der gestörten motorischen Innervation, sowie der Beeinträchtigung der Ernährung der Muskeln, die wir annehmen müssen.

Hier sind vasomotorische Einflüsse central und peripherisch für die Pathogenese wichtig. Ferner aber dürfen wir im Hinblick auf die Bedeutung des vegetativen Nervensystems für die uns beschäftigenden Zustände daran erinnern, dass kein Geringerer als *Remak* der Ansicht war, dass „alle willkürlichen Muskeln des Körpers unter einem vom Sympathicus ausgehenden Tonus ständen“ [2]).

Dass, wenn die Ernährung der Muskeln gestört ist, dies eine Rückwirkung auf das Centralorgan haben muss, scheint auf der Hand zu liegen. Wir müssen einen Circulus vitiosus gestörter motorischer Innervation und trophischer Rückwirkung auf das Centralorgan annehmen. Bei dem abnormen Zustande der Muskeln liegt die Annahme nahe, dass eine relativ geringe Thätigkeit derselben in abnormem Grade Ermüdungsproducte setzt, ja die Thätigkeit ist bei der Unruhe der betr. Patienten nur selten erheblich vermindert und selbst, wenn dies der Fall ist, wie bei der Melancholica attonita wird die Ernährungsstörung der Muskeln, die bei diesem Zustande oft zu einer allgemeinen Atrophie derselben führt, dieselben oder ähn-

---

[1]) Die Reaction des Nerven- und Muskelsystems Geisteskranker gegen Electricität, Allg. Ztschr., XXX., 2 u. XXXI., 2.

[2]) *Eulenburg* und *Guttmann*, die Pathologie des Sympathicus. S. 147.

liche Zersetzungsproducte liefern wie die Ermüdung. Die *Tigges*'schen Ergebnisse mit dem constanten Strom sind hier bedeutungsvoll, denn es sind eben die Ermüdungsproducte, Kohlensäure, Milchsäure u. s. w., welche die Erregbarkeit der Muskeln herabsetzen [1]). Bei den Resultaten mit dem Inductionsstrom wirkte jedenfalls die von *Tigges* selbst erhöht gefundene Sensibilität mit, die in unseren Fällen von grösster Wichtigkeit ist, deren Besprechung aber nicht in den Kreis fällt, den ich mir für diesen Vortrag gezogen habe.

Noch haben wir die wichtigste und schwierigste Frage nicht besprochen, die nach dem Verhalten des Gehirns im Angstaffect und in der chronischen melancholischen Angst. Anatomische Anhaltspunkte haben wir sehr wenig, wir müssen daher von sonst bekannten physiologischen und pathologischen Gesichtspunkten aus die Erklärung suchen.

Die Erscheinung eines im Angstaffect höchsten Grades Befindlichen macht den Eindruck eines Erstarrten. Die Aufmerksamkeit für die Sinneseindrücke ist herabgesetzt bis erloschen, das Bewusstsein von dem einen erschreckenden Eindruck beherrscht, der die Angst hervorrief, die Haut kühl, blass, cyanotisch, es bestehen weiter die oben erwähnten Erscheinungen. Wenn nun auch bei der chronischen melancholischen Angst diese Erscheinungen sich ändern, theilweise umkehren, so bleibt eine relative Erstarrung des Bewusstseins, wenn ich mich so ausdrücken darf. Das Problem der Aufmerksamkeit, dieser einstweilen nicht weiter zu erklärenden Modification der psychischen Innervation stösst uns hier auf. Die Aufmerksamkeit ist von den dem Bewusstsein zugebrachten Sinneseindrücken in solchem Grade abgewandt, dass die Aussenwelt für die Kranken oft nicht oder kaum mehr existirt, ein Zustand, den *Snell* [2]) als Oligorie bezeichnet hat. Sie ist ausschliesslich auf die beengende Gefühlsalteration hin gerichtet, welche das Bewusstsein beherrscht. Von hier aus werden die centralen Sinnesendigungen innervirt und es entstehen die der Richtung der Angst entsprechenden Hallucinationen.

---

[1]) *Ranke*, Physiol., S. 634.

[2]) Auf der Naturforscherversammlung zu Cassel, 1878.

Die Abgeschlossenheit des Bewusstseins, die anscheinende Unempfindlichkeit für Sinneseindrücke, die motorische Unbeweglichkeit werden in diesen Fällen, zumal in der Mel. atton. oft sehr gross und nähern sich den Zuständen von Hysterie mit Anästhesie und Lähmung. *Rosenthal* [1]) hat kürzlich bei zwei derartigen Fällen, die beide auf heftige Gemüthserregung entstanden waren, die Erregbarkeit der der Lähmung entsprechenden Gehirnhälfte geprüft und einen Hirntorpor gefunden, der in beiden Fällen das Durchleiten eines galvanischen Stromes von 40 Elementen bei metallischer Wendung ohne Schmerz ertrug, während unter normalen Verhältnissen ein Strom von 12—16 Elem. schmerzhaftes Durchzucken an der gereizten Korpfhälfte erzeugt.

An einen „Hirntorpor", wenn auch geringeren Grades werden wir bei unseren Fällen oft erinnert. Anästhesie hohen Grades beweist in dem Falle, von welchem ich ausgegangen bin, das Ausreissen der Haare. Wie wir uns anatomisch die Sache erklären sollen, ist schwer zu sagen. Wenn uns aber unwillkürlich die Vorstellung einer Erstarrung sich geboten hat und wir diese Anschauung auf den Zustand des Gehirns im Angstparoxysmus und in der chronischen Angst übertragen wollen, so haben wir für eine solche Anschauung eine bedeutsame Analogie. Die Schwierigkeit, den apoplektischen Insult bei kleinen Ergüssen, wo der Hirndruck und die durch ihn erzeugte Anämie die Ursache nicht sein können, zu erklären, hat *Trousseau* zu der Annahme eines „étonnement cérébral", *Jackson* zu der eines „shok", *Jaccoud* einer „névrolysie geführt. *Nothnagel* [2]), obgleich er die Erscheinung für dadurch nicht genügend aufgeklärt hält, findet doch, dass die Anschauung von einer „Gehirnerstarrung" etwas Verlockendes habe und führt als physiologisches Analogon an, dass nach plötzlichen Durchschneidungen des Rückenmarks bei Versuchen, unmittelbar nach dem Eingriff von der unteren Hälfte her keine Reflexe mehr ausgelöst werden können.

Wir dürfen vielleicht annehmen, dass es sich beim Shok

---

[1]) Archiv für Psychiatrie, IX., 1.

[2]) *v. Ziemssen*, XI., 1. Hälfte, S. 89.

des Angstparoxysmus und bei der chronischen Erstarrung der Angstmelancholie um einen veränderten Zustand der Elemente des Gehirns handle, charakterisirt durch Beharrung der Molecule in der durch den Angstshok und die dadurch bedingte Innervation hervorgerufenen Lage, so dass etwaige Eindrücke in der dadurch gegebenen Richtung geleitet werden, während die Leitung in anderen Richtungen vernichtet oder erschwert wäre [1]).

Die Vorstellung, welche bei der Kranken, von der ich im Eingang sprach, sehr hervortritt, aber auch sonst bei den Kranken unserer Kategorie nicht selten beobachtet wird: es vergehe keine Zeit, lässt, glaube ich, gar keine andere Deutung zu als eine verminderte Beweglichkeit der Molecule des Gehirns, denn an deren Bewegung ist gewiss die Vorstellung der Zeit gebunden. Im Schlafe, in dem jene Bewegung aufgehoben ist oder unregelmässig vor sich geht, ist die Zeitvorstellung aufgehoben [2]) oder — im Traum — verworren.

Der Schlaf bietet uns für unseren Gegenstand manche physiologische Anhaltspunkte, denn in den höheren Graden des uns beschäftigenden Zustandes ist, wenn ich so sagen soll, ein partieller Schlaf vorhanden, ein Schlaf, ausser in der Richtung der das Bewusstsein beherrschenden Angst. Das Wesen des Schlafes besteht in Aufhebung des Bewusstseins, in unseren Fällen handelt es sich um Einengung und Trübung desselben. Wie der Schlaf physiologisch zu erklären sei, darüber sind die Meinungen verschieden. Irgendwie beruht er auf Ausschaltung der Gehirnrinde, aber es fragt sich, ob Ermüdungs-

---

[1]) Störung der Leitung im Centralorgan ohne Unterbrechung derselben und ohne Zweifel auf ähnlichem étonnement cérébral beruhend, wie es in unseren Fällen in geringerem Grade besteht, habe ich kürzlich bei Commotio cerebri beobachtet. Der nicht seelengestörte Kranke befand sich in Folge der äusserst heftigen Erschütterung im Zustande beinahe aufgehobenen Bewusstseins. Als ich ihm in eine Hautwunde an der Wange Nähte einlegte, sagte er: „Was macht man mir für Schmerzen in meiner Nähe?“ Drastischer kann wohl eine Hemmung in der Leitung der Empfindung nicht ausgesprochen werden.

[2]) Nach einem recht tiefen Schlafe haben wir mitunter das Gefühl eben erst eingeschlafen zu sein.

producte, unter denen *Preyer* namentlich die Milchsäure hervorhob, sich dort ansammeln und die Corticalis lähmen, oder ob ein besonderes „Schlafcentrum“ angenommen werden soll. *Siemens* [1]) glaubt als solches das vasomotorische in der Med. obl. ansprechen zu müssen, sich auf *Wundt* stützend, der eine Betheiligung der Med. obl. beim Schlaf aus der Verlangsamung von Puls und Athemfrequenz, sowie aus der Verminderung der Wärmebildung und der Absonderungen schloss und den Schlaf auf die Auslösung gewisser hemmender Kräfte zurückführte. Die Anschauungen von *Wundt* und *Siemens* haben eine gewisse Wichtigkeit für uns im Hinblick auf die Bedeutung, welche wir der Med. obl. für die Pathogenese des Angstgefühls zuerkennen müssen.

Wir glauben annehmen zu müssen, dass in den uns beschäftigenden Fällen das Gehirn in dem angedeuteten Sinne eine Modification der molecularen Bewegung erfahren habe [2]), und dass dieser Zustand herbeigeführt werde, theils durch vasomotorische Störung, durch Anämie, Stasen, Congestionen — wir kommen bei diesen Zuständen nicht aus ohne Annahme von wechselnden, ja geradezu entgegengesetzten Circulationsverhältnissen — dann, und dies halten wir für sehr wesentlich, durch Störung der gesammten Ernährung in Folge von Affection des vegetativen Nervensystems. Es entstehen Zersetzungsproducte namentlich durch Störung der Vordauung und Assimilation und Ermüdungsproducte [3]) in Folge trophischer und motorischer Alteration der Muskeln.

Es klingt freilich seltsam, wenn hier die „Ermüdungsproducte“ angeschuldigt werden, denn in unseren Fällen ist der Grundzustand, trotz der verminderten molecularen Beweglichkeit, — Erregung, und die physiologische Wirkung der Erregungsproducte, der Schlaf, ist meist sehr alterirt. Aber wir

---

[1]) Archiv für Psychiatrie, IX., 1.

[2]) Vgl. *Pelman*, Ideen zur allgemeinen Psychiatrie. Diese Ztschr. XXXV., 5. — Bindung durch den Reiz, psychisch und physisch — so könnten wir kurz den Zustand bezeichnen.

[3]) Eins dieser Zersetzungs- und Ermüdungsproducte, die CO^2, hebt schon in geringen Mengen die Contractilität der Zellen auf. *Ranke*, Physiol. S. 107.

haben ein physiologisches Analogon, wir wissen, dass Uebermüdung auch reizt und Schlaf verhindert, und einen der Uebermüdung entsprechenden Zustand haben wir hier vor uns.

Die Hoffnung, dass es gelingen werde die in unseren Fällen vorhandene anatomische Veränderung aufzufinden, dürfen wir nicht aufgeben, ist doch bei toxischen Stoffen, deren Wirkung eben in Betäubung besteht, wenigstens ein Anfang gelungen [1]). Und wenn eine Krankheit den Eindruck von Intoxication macht, so ist es die angstvolle Befangenheit der Melancholie, sei es, dass sie als fremder Tropfen im Blute erscheint wie bei *Egmont*, sei es, dass sie als chronische Durchseuchung auftritt.

Um kurz das Vorgetragene zu resumiren, so beruht die acute und chronische melancholische Angst auf einer Functionstörung der Med. obl., die als Gefühl der Bedrohung des Lebens direct und in verschiedenen Transformationen zum Bewusstsein kommt, und auf einer von der Med. obl. aus eingeleiteten vasomotorischen Störung sowie auf einer, namentlich die Verdauung und die Muskeln betreffenden, Störung der gesammten Ernährung, wodurch ein Circulus vitiosus trophischer Alteration und Reizung des Centralorgans gesetzt wird, endlich auf einem Zustande des Gehirns, welcher nicht näher bekannt ist, aber vielleicht als eine Art „Gehirnerstarrung", — Alteration der molecularen Beweglichkeit desselben aufgefasst werden kann.

Für die Therapie ist der Hauptgesichtspunkt die Störung der gesammten Ernährung, daher Aenderung der gesammten Bedingungen derselben, daher die gerade in diesen Fällen fundamentale Bedeutung des Aufenthaltes in der Anstalt. Wo sensible Reize vorhanden sind, wo der angstvolle Gedankendrang mächtig ist, leisten die Narcotica Vieles, aber Grundbedingung ist Luftveränderung, körperlich und geistig, Abhaltung von Schädlichkeiten, um so den Boden zu schaffen, auf dem, wenn nöthig, tonisch oder calmirend, unter Umständen führend und anregend gewirkt werden kann.

[1]) *Binz* fand nach acuter Morphiumintoxication opake Trübung der Ganglienzellen und der Neuroglia.

Bemerkungen zur psychiatrischen Formenlehre [1].

Von

Dr. Schäfer,
II. Arzt in Schweizerhof.

Die Geschichte der Psychiatrie in diesem Jahrhundert stellt ein nur zeitweise unterbrochenes Ringen nach einer natürlich gegliederten und allgemein gültigen Formenlehre dar. Ein erklärliches Unbehagen über den mangelhaften Zustand dieser Lehre bei denjenigen, die sich um dieselbe bemühen wollten, stand vielleicht nicht immer im Verhältniss zur Grösse der Beiträge, die sie einzeln zur Verbesserung und Vermehrung der Wissenschaft geliefert haben. Immerhin ist ihre Arbeit nicht fruchtlos geblieben. Die specielle Psychopathologie wuchs, und wenn sie auch noch zu keinem stattlichen Baume gediehen ist, so besitzt sie doch das Wichtigste dazu, nämlich eine gesunde Lebenskraft und eine hoffnungsreiche Wachsthumrichtung. Indess erheben sich neuerdings Stimmen, welche eine andere Meinung aussprechen. Wieder meint man, die Psychiatrie sei auf falschem Wege, und man glaubt zugleich im Besitze von Mitteln zu sein, mit denen man dieselbe auf einen ganz neuen, besseren Fuss stellen könne. Diese Stimmen treffen zusammen mit einer weiter verbreiteten Bewegung auf dem Gebiete der psychiatrischen Krankheitslehre. Nachdem mehrere namhafte Autoren sich neuerdings mit der Verrücktheit oder besser dem Wahnsinn, der Melancholie, dem Stupor, dem epileptischen, alcoholischen Irresein u. a. beschäftigt haben,

---

[1]) Z. Theil als Vortrag gehalten in der 33. Versammlung des psych. Vereins zu Berlin am 14. Dec. 1878.

scheint der Beweis geliefert zu sein, dass man nicht gesonnen ist, über den Fragen der Gehirnanatomie die Krankengeschichten zu vergessen, dass vielmehr bei der Mehrzahl der Fachgenossen Vertrauen auf die Entwickelungsfähigkeit der klinischen Formenlehre als eines relativ selbständigen und wissenschaftlich nothwendigen Theiles der Psychiatrie besteht. Und da wir sehen, dass diese Richtung einerseits stattlich vertreten, andererseits wegen ihres historischen Charakters durch die Allgemeinheit der in Beziehung auf den speciellen Gegenstand nicht productiven Fachgenossen gestützt ist, so könnten wir wohl die Abmahnungen auf sich beruhen lassen. Ob sie begründet wären oder nicht, wir könnten uns sagen, die Macht der natürlichen Entwickelung drängt zu einer Fortbildung des gewonnenen Besitzes, ein Stillstand oder völlige Umkehr wird nicht eintreten. Indessen würde hiermit noch nicht die Gewissheit gegeben sein, dass die maassgebende Mehrzahl sich wirklich auf dem richtigen Wege befände. Vielleicht würde die Zukunft den Gegnern Recht geben, und unsere Arbeit wäre eine verlorene. Es dürfte daher für beide Theile nützlich sein, die Gründe, die gegen die allgemeine Richtung in der letzten Zeit aufgeführt worden sind, näher zu beleuchten.

Wir wollen zu diesem Zwecke zuerst eine historische Darlegung des gegenwärtigen Standes der psychiatrischen Formenlehre, wenn auch nur ganz in der Kürze, vornehmen, damit wir entscheiden können, ob diese Lehre auch heute noch so schlecht bestellt sei, dass wir nach baldmöglichster Umkehr verlangen müssten. Wir können aber in dieser Beziehung zu einer beruhigenden Ueberzeugung gelangen, wenn wir nur die jüngste Phase der Entwickelung unserer Disciplin beobachtet, jene Phase, welche von dem Uebergang von der *Zeller-Griesinger*'schen Lehre zur sog. klinischen Methode erfüllt ist.

Aus kleinen Anfängen, die sich bei *Esquirol* und *Guislain* finden, war in *Zeller* die Anschauung erwachsen, dass die verschiedenen psychischen Krankheitsformen genetisch zusammenhängen. Er stellte die Lehre auf [1]), dass die Seelenstörungen nicht in wesentlich verschiedenen Formen, sondern nur in ver-

[1]) Württemb. mediz. Correspond.-Bl. 1840. S. 132.

schiedenen Stadien auftreten, welche zusammen eine einzige Art geistiger Krankheit ausmachen. Der regelmässige Verlauf der Seelenstörung gehe von der Melancholie zur Manie, zur Verrücktheit und zum Blödsinn. Durch *Griesinger*'s Lehrbuch gelangte diese Lehre in Deutschland zu allgemeiner Geltung. Am consequentesten ausgesprochen und am einseitigsten präcisirt wurde sie dann von *Neumann* in seinem Lehrbuch vom Jahre 1859. Was man sonst als Krankheitsgenera angesehen, nannte er nur Elemente der einen Geisteskrankheit. Die Unterscheidung der Begriffe von Stadien und Formen sowie die Aufstellung der Elemente oder Elementarstörungen ist nun keineswegs nutzlos gewesen für die specielle Psychopathologie, aber in ihrer Anwendung war man zu weit und zu sehr verallgemeinernd vorgegangen.

Es ist sehr lehrreich zu sehen, wie dennoch die *Griesinger*'sche Psychosenlehre — denn schliesslich war es *Griesinger*'s ausgezeichnet geschriebenes Lehrbuch fast allein, welches die allgemeine Anschauung bestimmte — die Meinung der inländischen Psychiater mit solcher Ausschliesslichkeit gefangen nahm, dass weder die ihr widersprechenden Ueberlieferungen der älteren Literatur, noch die Anschauungen des Auslandes, noch eigene Beobachtungen etwas gegen sie vermochten. Schon lange waren mehrere deutsche Autoren mit theilweise widersprechenden Lehren hervorgetreten, und doch schleppte sich unsere Wissenschaft noch bis in die jüngste Zeit hinein mit dem aus der alten Lehre hervorgehenden Irrthum, dass man die Seelenstörungen in primäre und secundäre Formen trennte, worunter man verstand, dass Melancholie und Manie nur als primäre Zustände, Verrücktheit und Blödsinn nur secundär, nach den Primärzuständen aufträten. Abgesehen davon, dass sämmtliche Zustände auch primär auftreten können, so irrte man darin, dass man mit dem dritten Stadium eine Krankheitsform vermengte, die ganz aus dem Schema herausfällt, und die wahrscheinlich nie in Verbindung mit anderen Stadien vorkommt, die Verrücktheit oder den Wahnsinn nämlich. Dieser war zu einem secundären Schwächezustand degradirt und zusammengeworfen worden mit einem Zustande, der nur sehr entfernte Aehnlichkeit mit ihm hatte. Schon bei *Jacobi* hätte man

ausgezeichnete Krankheitsgeschichten finden können, welche darthun, dass der Wahnsinn selbständig auftreten kann. Und zwar theilt er in den Annalen [1]) von Siegburg I., 1837 namentlich klare Fälle von der hypochondrischen Form mit, wie sie später von *Morel* in das gebührende Licht gestellt worden sind. *Flemming* in seinem Lehrbuch 1859 sagte ausdrücklich, dass er Krankheitsfälle kenne, welche vom Erkenntnissvermögen ihren Ausgang nehmen, nachdem er dieselben schon in seinem Schema vom Jahre 1844 [2]) aufgeführt hatte. *Kahlbaum* hatte ferner in seiner „Gruppirung der psychischen Krankheiten 1863“ die Paranoia aufgestellt, welche nichts anderes sein soll, als was man sonst unter Wahnsinn, Monomanie, partieller Verrücktheit verstand. Im Auslande hatte man nie daran gezweifelt, dass die Krankheit, welche wesentlich in fixen Ideen beruht, primär vorkommt. Die Monomanie nahm sogar und nimmt noch bei den Franzosen den grössten Raum im Formenschema ein. Erfolg hatte bei uns dennoch erst *Snell* [3]), der 1865 seine Beobachtungen primären Wahnsinns mittheilte und 1874 verschiedene Arten desselben aufstellte. Bekannt ist auch, welchen Antheil *Sander* [4]) 1868 an der Ausbildung der also weniger neuen als wiedergewonnenen Lehre durch die Aufstellung der originären Verrücktheit nahm, und dass *Griesinger* [5]) 1869, seine alte Anschauung modificirend, doch zugleich an dieselbe anknüpfend die Bezeichnung primäre Verrücktheit gewissermaassen sanctionirte. Von den neuesten Bearbeitern des Gegenstandes ist hauptsächlich *Westphal* zu nennen, auf dessen Mittheilung in der psychiatrischen Section der letzten Naturforscherversammlung zu Hamburg wir unten weiter eingehen werden.

Aber noch in ganz anderer Richtung wurde das frühere Psychosenschema erweitert. Da es sich nämlich fand, dass bei gewissen Psychosen ätiologische und somatische Merkmale in ganz bestimmender Weise hervortraten, so sprach man nach

---

1) S. daselbst die Fälle 12, 13, 18 u. 20.

2) Allg. Zeitschr. f. Psych. 1844. S. 115.

3) S. Allg. Zeitschr. f. Psych. XXII. S. 368 u. XXX. S. 319.

4) Archiv f. Psych. I. S. 387.

5) *Griesinger*, Abhandl. I. S. 135.

der einfachen Regel: a potiori fit denominatio von epileptischem, alcoholischem, paralytischem, puerperalem Irresein. In diesen Fällen erschienen die alten Stadienbilder meist nur bruchstückweise und nach dem Boden und pathologischen Zusammenhang im kranken Individuum modificirt wieder. Es ist bekannt, wie in Frankreich *Morel* auf die Erkenntniss solcher natürlichen Gruppen sein System aufbaute [1]. Der tiefere Gedanke desselben kann nicht richtiger sein. Wenn man von *Morel* nur sagt, er habe nach der Aetiologie klassificirt, so wird man ihm nicht gerecht. Wie er den Begriff der Ursache fasst, so sind darin alle Elemente enthalten, aus denen mit mathematischer Gewissheit der Verlauf einer Psychose hervorgehen muss. Er sagt l. c. S. 250: „Dans la pensée qui m'anime, trois elements sont néçessaires à la réalisation d'une forme particulière d'aliénation: la predisposition, la cause occasionelle, le trouble fonctionel ou la lésion.“ In der That muss man anerkennen, dass mit der Prädisposition, der veranlassenden Ursache und der anatomischen Hirnveränderung jede Psychose gegeben ist, und dass wir im Besitze der Kenntniss dieser Elemente und ihrer Gesetze im Stande sein müssten, jede Psychose in ihrem gesetzmässigen Verlaufe zu erklären. Allein das ist nicht richtig, dass in allen Fällen wirklich die Elemente der Art zusammentreffen, dass sich ihre Wirkung in einem specifischen Krankheitsverlauf äussert. Es bleiben noch zahlreiche Kranke übrig, die keiner so maassgebenden Ursache unterliegen, deren Gehirn weder eine hervorstechende degenerative Anlage beweist, noch in so auffälliger, somatisch tiefer greifender Weise erkrankt ist, dass die alten Zustandsformen nur nebensächlich und undeutlich hervortreten könnten. Es sind Kranke, bei denen die als anatomische Grundlage für die eigentlich psychischen Abnormitäten supponirte diffuse Gehirnerkrankung allein ganz rein, gewissermaassen als Paradigma, zum Ausdruck gelangt. Diese Gruppe, die *Morel* verwarf, müssen wir noch heute anerkennen. In etwas anderem Sinne, als dies früher geschah, können wir sie als die idiopathischen oder idiogenetischen Psychosen zusammenfassen,

[1]) Traité des mal. ment. 1860.

Bezeichnungen, die auch von neueren Autoren dafür gebraucht worden sind. Auf dem Gebiete dieser Psychosen ist die Thatsache bestehen geblieben, dass eine Reihe derselben dem *Zeller*'schen Schema folgt. Nur in einem Punkte müssen wir es auch in dieser Einschränkung noch modificiren. *Zeller* verkannte die Eigenart der Verrücktheit und vermischte sie mit dem, was wir besser als Verwirrtheit bezeichnen. Dies abgerechnet, so trifft das Schema zu. Eine Zahl von Kranken sieht man in der That von der Melancholie in Manie, Verwirrtheit und Blödsinn übergehen; einige fangen mit der Manie an, andere überschlagen das Stadium der Verwirrtheit mehr oder minder. In der Hauptsache aber findet ein solcher stufenmässiger Verlauf statt, und es ist eine sehr glückliche Bezeichnung, die *Kahlbaum* für diese Fälle gewählt hat, nämlich die Bezeichnung des typischen Irrsinns oder Vesania typica. In diese Form hat sich dasjenige gerettet, was der *Zeller-Griesinger*'schen Lehre an richtiger Beobachtung zu Grunde lag.

Es steckte aber in dieser Lehre noch mehr als ein Theil richtiger Beobachtung, es lag darin offenbar das Princip, welches unserer noch heute geltenden Methode den ersten Anstoss gab. Gegenüber der früheren und namentlich von den Franzosen beliebten Art, an momentan beobachteten psychischen Bildern haften zu bleiben, war es der wichtige Fortschritt, dass man sein Augenmerk auf den ganzen zeitlichen Verlauf einer Psychose richtete. Man studirte genau die Krankheitsgeschichten und gelangte auch so wieder zu jenen natürlichen Gruppen, wie dem paralytischen, dem alcoholischen Irresein u. a., indem man fand, dass sich bei denselben gewisse auch sonst vorkommende Symptome in eigenthümlicher Verbindung und Reihenfolge mit einander verknüpften. Diese von *Morel* nur zu ausschliesslich betonten Gruppen, einfach neben einander gestellt, lassen, weil sie von irgend welchem System unabhängig sind, für alle künftigen Beobachtungen freien Raum. Sie sind recht eigentlich das Gebiet der klinischen Forschung, der sie noch reiche Ausbeute versprechen. Die idiopathischen Psychosen aber, obgleich sie weniger fruchtbar für die klinische Methode scheinen, werden doch auch von derselben anerkannt, und man wird versuchen müssen, zu festen Verlaufsformen auch

unter ihnen zu gelangen. Bis jetzt ist alles dies nicht so weit gediehen, dass wir befriedigt ausruhen könnten, doch sind im Blick auf die Vergangenheit bedeutende Fortschritte zu verzeichnen und es ist kein Grund vorhanden, daran zu zweifeln, dass sich auf dem betretenen Wege noch weitere Fortschritte werden machen lassen. Aber, wie erwähnt, sind nicht Alle dieser Meinung. Vielmehr hat man geglaubt, von einem ganz anderen, modernen Gedankenkreise aus unsere Formenlehre umgestalten zu müssen und zu können.

Man würde nun das Beste von einem Bestreben erhoffen können, welches darauf ausginge, die Errungenschaften eines anderen Zweiges der Wissenschaft für die Psychosenlehre nutzbar zu machen. Das Meiste verspricht für dieselbe ohne Zweifel die fortschreitende physiologische Kenntniss der Anatomie des Gehirns. Hier aber soll es vor allen die Psychophysik sein, welche neues Licht bringen soll, und es verbinden sich mit dieser Meinung auch über die übrigen Hülfswissenschaften der Psychiatrie Vorstellungen, welche zu einer Klarstellung des Verhältnisses zwischen der Psychiatrie einerseits und der Psychologie, Physiologie und Anatomie des Gehirns andererseits dringend auffordern [1]).

Die Psychologie ist die Lehre von den seelischen Erscheinungen. Insofern wir erkannt haben, dass diese Erscheinungen an das Gehirn geknüpft sind und schliesslich eins sein müssen mit den Lebensvorgängen im Gehirn, ist die Physiologie des Gehirns diejenige Wissenschaft, welche die psychologischen Thatsachen und Gesetze auf die Gesetze des Gehirnlebens zurückzuführen hat. Die Anatomie des Gehirns ist die erste Hülfswissenschaft der Physiologie, welcher sie die Kenntniss von Gestalt und Zusammenhang des betreffenden Organs bietet. Eine Anatomie, welche für die Kenntniss der Functionen des Organs etwas enthielte, vermöchte das nur, sofern etwas von der Physiologie in ihr wäre. Die pathologische Anatomie kann für die Kenntniss der krankhaften Er-

[1]) Nach der Zurückweisung, welche diese Richtung kürzlich im Arch. f. Psych. Bd. IX. S. 449 durch *Westphal* erfahren hat, könnte dem Bedürfniss Genüge gethan zu sein scheinen. Indessen wird eine nähere Klarlegung noch ihren eigenen Nutzen haben.

scheinungen also auch nur soweit etwas enthalten, als sie physio-pathologisch ist. Bekanntlich beschränken sich die Lehrer der pathologischen Anatomie auch keineswegs auf die descriptive Seite ihres Faches und nur dadurch wird die pathologische Anatomie am Krankenbette für uns fruchtbringend. Also die pathologische Physiologie des Gehirns ist es, von der wir die Erkenntniss der dem krankhaften Seelenleben zu Grunde liegenden Gesetze erwarten. Und die Psychophysik? Sie ist nichts weiter als die unter die mathematische Methode gestellte Psychologie. Sie enthält dieselben Thatsachen wie die alte Psychologie, soweit sie im Stande ist, dieselben in einen exacten, mathematischen Ausdruck zu bringen. Die Psychophysik versucht es gar nicht, nach einem tieferen Grunde der seelischen Erscheinungen zu forschen. Vergebens würden wir uns in ihr nach einer neuen Thatsache oder einer Erklärung der Seelenthätigkeit umsehen. Sie sucht nur nachzuweisen, dass dieselbe in der Gesetzmässigkeit physikalischer Erscheinungen verläuft. Das Verhältniss dieser neuen physikalischen Psychologie zur Physiologie ist deswegen kein anderes als das der alten Psychologie. Sie liefert der Physiologie dasselbe Material, nur in exact wissenschaftlicher Anordnung, und diese hat erst die Aufgabe, nach einem tieferen Grunde der Erscheinungen zu forschen, als welcher ihr und uns die Functionen des Gehirns erscheinen und genügen.

Hier könnten wir stehen bleiben; wir sehen, dass wir wieder nur auf die Hirnphysiologie als die erklärende Wissenschaft zurückgelangen. Es ist aber auch behauptet worden, man müsse den Bereich der Gehirnphysiologie auf die rein körperlichen Functionen des Gehirns, also im Wesentlichen auf die Functionen der Sensibilität und Motilität beschränken; die rein psychischen Functionen seien ein Reich für sich, von dem uns die Physiologie nichts zu sagen wisse. Es leuchtet nach dem Vorhergehenden ein, dass, wenn dem so wäre, auch keine andere Wissenschaft, wie z. B. die Psychophysik, jemals im Stande wäre, uns weitere Aufklärung zu bringen. Wir würden dann aber auch den Satz streichen müssen, dass das Seelenleben an die Gesetze des Gehirnlebens gebunden sei. Wenn dieser Satz richtig ist — und er wird doch auch von

keiner Seite im Ernste bestritten — so können wir nicht anders als diese Gesetze an die materiellen Bestandtheile des Gehirns, sagen wir der Hemisphären, knüpfen. Zugegeben, dass diese Bestandtheile zuletzt die Hirnmolecüle seien, so müssen wir doch auch weiter sagen, dass die Molecüle zusammen die Körner, Zellen und Fasern ausmachen, welche wir als die Structurelemente des Gehirns kennen. Wie sollte es nun anders möglich sein, als dass mit einer krankhaften Veränderung der moleculären Bewegungsthätigkeit eine veränderte Ernährung und endlich bei hinreichender Dauer eine Veränderung ihres Gefüges einträte? Was in seinen Anfängen etwa nur eine veränderte Molecularbewegung sein mag, wird in eine zunehmende anatomische Entartung übergehen. Es fehlt daher jeder Grund, der pathologischen Physiologie das Reich der rein geistigen Krankheitsprocesse vorzuenthalten. Wie gut ist es aber auch, dass die Veränderung des kranken Gehirns nicht bei der veränderten Bewegungsrichtung der Molecüle stehen bleiben kann, dass es vielmehr auch sichtbare anatomische Verhältnisse und Gesetze kennen zu lernen giebt. Denn mit der hypothetischen Annahme der veränderten Molecularbewegung allein wäre offenbar nicht das Geringste erklärt oder gewonnen. Es hiesse nur, eine unbeweisbare Annahme an die Stelle gut wahrnehmbarer, wenn auch zum Theil unerklärter, Vorgänge stellen.

Was es übrigens mit der Verschiedenheit der somatischen und psychischen Functionen des Gehirns für eine Bewandtniss habe, dürfte sich wohl in einem für das Bedürfniss der Psychiatrie genügendem Maasse feststellen lassen. Es ist in dieser Beziehung bemerkenswerth, dass diese verschiedenen Functionen an wesentlich gleiche anatomische Elemente geknüpft und dass sie in ihrem Auftreten nicht durch eine scharfe Grenze von einander getrennt sind, sondern vielfach in einander übergehen. *Schüle* nennt dieses sichtbare Ineinandergreifen und Uebergehen des Einen in das Andere die Vergeistigung der niederen Hirnfunctionen und umgekehrt die Verleiblichung der höheren geistigen Functionen, und er setzt im I. Abschnitt seines Lehrbuchs den Aufbau des Seelischen in stufenförmiger Reihenfolge aus den untergeordneten Functionen in treffender Weise aus-

einander. Wir werden daher sagen, dass für unsere Wahrnehmung beide Thätigkeiten als Functionen an das Gehirn geknüpft sind, und dass, soweit sie verschieden sind, ihrer Verschiedenheit nur getrennte Theile in dem complicirten Bau des centralen Nervensystems entsprechen. Ob ihr Unterschied noch in etwas Weiterem begründet sei, diese Frage können wir ganz bei Seite lassen, da unsere Wissenschaft uns nichts über das Wesen dieser Kräfte, sondern nur über ihre gesetzmässige Abhängigkeit von dem Organ etwas zu sagen hat. Aber auch keine Wissenschaft sonst könnte uns bis jetzt weitere Aufklärung bringen. Das Wesen der psychischen Function kann uns doch nicht klarer sein als im letzten Grunde alle Naturkräfte. Mit den somatischen Gehirnfunctionen geht es uns aber nicht besser als mit den seelischen. Wir vermögen ebenso wenig zu sagen, wie es kommt, dass der Muskel zuckt, wenn sein Nerv gereizt wird, als wie es geschieht, dass der Mensch mit dem ersten Tastreiz, der bis in die Hirnrinde dringt, die erste Wahrnehmung macht. Wie gesagt, ist es für die Physiologie des Gehirns ganz gleich, ob man die Verschiedenheit oder die Aehnlichkeit beider Erscheinungen betonen will, doch lässt sich soviel sagen, dass die Beobachtung für ihre Gleichartigkeit spricht.

Soviel war nöthig, um der Hirnphysiologie ihr Recht zu wahren; und nun wollen wir noch die Frage erledigen, welches Verhältniss denn diese Wissenschaft zur psychiatrischen Formenlehre einzunehmen habe. Da ergiebt es sich, dass ein grundsätzlicher Irrthum von denen begangen wird, welche annehmen, dass die Physiologie oder irgend eine allgemeine Lehre bestimmend sein müsse für die Aufstellung der Krankheitsformen. Alle Naturwissenschaft ist zunächst immer Naturbeschreibung. Sie muss es ihrer Natur nach sein, weil die Dinge immer erst bekannt zu machen sind, ehe man daran gehen kann, ihren gesetzmässigen Zusammenhang zu suchen. Der umgekehrte Weg ist grade derjenige, der die meisten Irrfahrten in der alten Psychosenlehre verschuldet hat. Statt nach Thatsachen zu suchen, bemühte man sich die theoretischen Voraussetzungen, die man mitbrachte, an den Dingen zu erweisen. Was vor Allem fehlte und auch

heute noch nicht in hinreichendem Maasse gewonnen ist, war ein Besitz an gut beobachteten Thatsachen. Der normale Vorgang bei der naturwissenschaftlichen Forschung wird nun der sein, dass man allerdings unter gewissen Voraussetzungen beobachtet. Im Besitz der Kenntniss gewisser Gesetze wird man oft vermuthen oder bestimmt voraussagen können, unter welchen Bedingungen bestimmte Erscheinungen anzutreffen sein werden. Man wird oft die Richtung anzugeben wissen, in welcher neue Thatsachen gefunden werden können. Man wird so, wenn auch nicht besser beobachten, doch besser suchen und finden. Nur muss man sich hüten, dass man die Dinge nicht so sieht, wie man vorausgesetzt hat, sondern wie sie sind. Immer bleiben die Thatsachen, auf deren richtige Beobachtung es ankommt. Fragen wir, welches diese Thatsachen für die Psychiatrie sind, so können es nur die Psychosen in ihren natürlichen Formen sein. Sie müssen sich ergeben unabhängig von jeder Theorie, nur leichter gefunden werden sie mit einer solchen. Also wird, solange die Psychosenlehre noch ihren Abschluss nicht erreicht hat, unsere Aufgabe bleiben, sorgfältig zu beobachten. Wir werden die alten Beobachtungen revidiren und den Fortschritt in der weiteren klinischen Forschung suchen. Das Neue können wir nicht von der Psychophysik auch nicht von der Physiologie allein, sondern nur von der von physiologischem Licht erleuchteten klinischen Methode der Krankenbeobachtung erwarten.

Es hat etwas lange gedauert, ehe wir an das Ende unserer Präliminarien gelangt sind. Indessen schien genügender Grund zu dieser Erörterung in den Missverständnissen zu liegen, welche in jüngster Zeit über den Weg hervorgetreten sind, den unsere Wissenschaft zu gehen hat. Das Resultat ist zum Glück ein erfreuliches, da es uns nicht zum Aufsuchen neuer Bahnen nöthigt. Es giebt nun hier eine niedere Art von Thätigkeit, der doch nicht aller Nutzen wird abgesprochen werden können. Sie besteht in der Untersuchung, wie weit es möglich ist, in den allgemein angenommenen Krankheitsformen einen wohl gegründeten wissenschaftlichen Besitz zu erkennen, und in welcher Richtung man zu ihrer theoretischen Begründung weiter vordringen könne. Eine solche Thätigkeit wollen wir in der

Kürze an denjenigen Formen versuchen, welche nach unserer vorherigen Grenzbestimmung als die reinen oder idiopathischen Psychosen bezeichnet werden können.

Erwähnt hatten wir schon die Vesania typica, deren Charakter darin besteht, dass in ihr die bekannten *Zeller-Griesinger*'schen Stadien nach einander auftreten, um stets mit dem geistigen Zerfall, dem Blödsinn zu enden. Die Reihenfolge der früheren Stadien braucht nicht immer dieselbe zu sein. Das melancholische Stadium kann ganz kurz sein oder erst der Manie folgen, dann vielleicht von neuem einem maniakalischen Zustande Platz machen. Das Stadium der Verwirrtheit pflegt in verschiedener Deutlichkeit ausgeprägt zu sein. Mangel einer einheitlichen Gedankenrichtung, oft ein wunderliches Gemisch von gesunden und krankhaften Vorstellungen, zeitweise Erregung und einzelne Hallucinationen bilden die Hauptbestandtheile desselben. Es kann sich längere Zeit hinziehen oder vom Terminalblödsinn schnell überholt werden. Die am besten charakterisirten und an pathologischer Bedeutung die wichtigsten Stadien sind aber die beiden ersten. Grade in dem Uebergange der Melancholie in Manie oder umgekehrt liegt das am meisten entscheidende Merkmal des typischen Irrsinns, und man wird nicht umhin können, solche Fälle, die nach einer Melancholie und Manie zunächst noch keine weitere Entwickelung darbieten und die, welche von da an zur Genesung übergehen, als nicht voll entwickelte Fälle der Typica zu betrachten. Eine Sonderstellung nehmen mit Recht jene cyklisch verlaufenden Fälle ein, welche unter der Bezeichnung des circulären Irreseins Gemeingut der Fachleute geworden sind. Bekanntlich hat für diese Form die Erblichkeit eine hervorragende Bedeutung. Ob man sie aber darum zu den specifisch erblichen, d. h. degenerirten Irreseinsformen rechnen soll, ist uns sehr zweifelhaft. Nach der Erblichkeit allein kann man, da dieselbe bei allen Psychosen vorkommen kann, keine eigene Gruppe bilden, sondern es müsste hinzukommen, dass sich auch die Elementarsymptome von denen der gewöhnlichen Primärstadien unterscheiden. Von einzelnen Schriftstellern ist dies in Bezug auf die folie circulaire behauptet worden, von anderen bestritten. Wir müssen uns den letzteren

anschliessen. Meist zeichnet sich die circuläre Form allerdings durch eine mässigere Ausbildung der Erscheinungen aus, doch erreichen diese in anderen Fällen auch eine Höhe, wie sie nur in den schwersten Zuständen der entsprechenden einfachen Form erreicht wird. Insbesondere können alsdann auch Hallucinationen vorkommen, was mit Unrecht von Einigen bezweifelt worden ist.

Gehen wir zu den einzelnen Theilformen der Vesania typica über, so haben wir im Allgemeinen zu constatiren, dass dieselben Zustände, welche die erwähnten Stadien jener ausmachen, auch als selbständige Krankheiten vorkommen. Was wir daher von ihnen noch auszusagen haben, wird grösstentheils auch für die Abschnitte der eben verlassenen Hauptform Geltung haben. Wir können da zunächst fragen, ob die selbstständige Melancholie, Manie u. s. w., wenn sie abgesehen vom zeitlichen Verlauf nicht wesentlich verschieden sind von den Stadien der Typica, zweckmässiger Weise mit anderen Namen als diese zu belegen sind. *Kahlbaum* schlägt in diesem Sinne vor, das Stadium der Depression als Melancholie von der depressiven Form als Dysthymie zu unterscheiden. Dagegen ist nun anzuführen, dass wir keinen Grund haben anzunehmen, dass wir es nicht in beiden Fällen mit wesentlich denselben Gehirnzuständen zu thun hätten. Im Beginn der Erkrankung werden wir nicht wissen, ob ein melancholischer Zustand als solcher weiter verlaufen und nach *K.* als Dysthymie zu bezeichnen sein oder ob er in die weiteren Stadien der Typica übergehen wird. Die Vesania typica, oder besser die ihr zu Grunde liegende Gehirnkrankheit kann aber auch in jedem Stadium sich unterbrechen und in Heilung übergehen. Es müssen daher viele Fälle, die als einzelne melancholische oder maniakalische Verlaufsformen auftreten, Fälle unvollständiger, vor ihrem Endverlauf zur Heilung gelangter Vesania typica sein. Da wir also einmal oft nicht wissen werden, wann wir den neuen Namen anwenden sollen, ferner in Gefahr gerathen, Dinge, die im Wesen dasselbe sind, verschieden zu benennen, so wird es wohl gerathener sein, sich mit der einen hergebrachten Bezeichnung zu begnügen.

Es hat nun freilich *Hagen* angegeben, dass wohl ein Unter-

schied bestehe zwischen einer selbständigen Melancholie und einer solchen, die noch in Manie übergeht. In seiner zweiten, übrigens mustergültigen Abhandlung über die Hallucinationen [1]) nämlich sagt er, dass eine Melancholie, die mit Hallucinationen verbunden sei, nicht mehr in Manie übergehe, dagegen eine Melancholie ohne Hallucinationen noch eine Manie erwarten lasse. Auf der anderen Seite werde man bei einer Manie, die auf eine ausgeprägte Melancholie gefolgt sei, höchst selten Hallucinationen antreffen. In welcher Weise hiermit *Hagen's* theoretische Auffassung der einfachsten Psychosenform zusammenhängt, werden wir weiter unten noch näher erörtern. Für die uns hier vorliegende Frage würden jene Sätze von grosser Bedeutung sein, da, wenn sie zuträfen, dieselben das einzige und zwar ein sehr interessantes Merkmal enthielten, auf das sich eine gewisse Trennung der selbständigen Theilformen von der Vesania typica stützen liesse. Indessen hat sich in der Literatur keine Stimme zur Bestätigung der *Hagen'*schen Lehre erhoben; wir werden ihr im Gegentheile der Beobachtung zufolge widersprechen müssen. *Tigges* hat in der vorletzten Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte zu Nürnberg [2]) eine sorgfältige Charakteristik der sogen. primären Irreseinsformen gegeben. Ueber die aus Melancholie und Manie bestehenden Fälle seiner Beobachtung sagt er S. 38: „Im Uebrigen waren die Erscheinungen dieselben wie bei den früher behandelten einfachen Formen von Melancholie, Stupor, Manie". Auf meine schriftliche Anfrage bei dem Verfasser war derselbe so freundlich mir mitzutheilen, dass dieser Satz allerdings in strengem Sinne zu nehmen und, da bei den einfachen Formen Hallucinationen vorgekommen waren, auch auf diese zu beziehen sei. Er übersandte mir gleichzeitig das Urmaterial, welches seiner Mittheilung zur Unterlage gedient hatte, und daraus konnte ich mich überzeugen, dass in drei von zwölf Fällen von Melancholie, die nach kurzer oder langer Zeit in Manie übergegangen waren, Hallucinationen verzeichnet waren, ausserdem waren in 5 Fällen „Sensationen" angegeben.

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 25, S. 91 ff.

[2]) S. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34.

Andererseits sind mir selbst Fälle von Melancholie bekannt, die sehr chronisch verliefen und solche, die mit Genesung endeten, ohne mit Hallucinationen verbunden zu sein. Endlich scheinen auch in Manieen, die auf Melancholieen gefolgt sind, die Hallucinationen nicht ausgeschlossen zu sein, sondern sich nicht selten an die Steigerung der Aufregung anzuschliessen [1]). Wir können also die Hallucinationen nicht als ein Merkmal ansehen, durch das sich die einfachen Melancholieen von dem entsprechenden Stadium der Vesania typica unterscheiden liesse. Mit den Hallucinationen verhält es sich ähnlich wie mit den Wahnideen. Sie können gänzlich fehlen, können aber auch vorhanden sein. Nur dürfen sie, wenn man noch von Melancholie will sprechen können, nicht als erstes und überwiegendes Symptom das Krankheitsbild beherrschen.

Um nun doch in der mündlichen oder schriftlichen Mittheilung im Stande zu sein, einen Unterschied zwischen den Theilformen und den Stadien zu machen, können wir uns mit den Mitteln des Sprachgebrauchs begnügen. Wir werden z. B. sagen, ein Kranker sei maniakalisch oder, er befinde sich in einem maniakalischen Zustande, wenn wir es unentschieden lassen wollen, ob eine Krankheit zum typischen Irrsinn oder zur Manie gehört. Hat der Kranke schon eine Melancholie durchgemacht, so können wir sagen, er befinde sich im maniakalischen Stadium der Typica. Dagegen werden wir uns des Ausdrucks bedienen, er leide an Manie oder an Melancholie, wenn uns ein längerer Verlauf oder Anderes belehrt hat, dass die einfache selbständige Verlaufsform der Manie oder Melancholie vorliegt.

Während wir also die selbständigen Theilformen, wie sie den Abschnitten der Typica entsprechen, gleichberechtigt neben einander stellen wollen, hat eine erklärliche Vorliebe für die theoretische Durchdringung der Psychosen, den vorzüglichen Kenner derselben, *Kahlbaum*, noch einen Schritt weiter geführt. In dem gegenüber seinem früheren, sehr zusammen-

---

[1]) Hierbei gehen wir bereitwillig von der sorgfältigen Definition dessen aus, was eine Hallucination ist und was nicht, worauf *Hagen* mit grossem Verdienst nachdrücklich hingewiesen hat.

gezogenen neuesten Formenschema [1]) unterscheidet er unsere Gruppe der idiopathischen (seine idiogenetischen) Psychosen in Erkrankungen der psychischen Specialfunctionen (Melancholie und Wahnsinn oder Dysthymie und Paranoia) und in Erkrankungen des gesammten psychischen Symptomensystems (Vesania typica, Paralyse, Katatonie). Er stellt sich demnach vor, dass in der Vesania typica der Reihe nach verschiedene Gebiete der Psyche erkranken, während z. B. in der „Dysthymie“ nur ein Gebiet, nämlich dasjenige der centripetalen Thätigkeit afficirt sei. Wir wissen nun aber nichts von einer anatomischen Gliederung des Gehirns, welche der Trennung einer „centripetalen“, „intracentralen“ und „centrifugalen“ Seelenthätigkeit entsprächen. Die theoretische Bedeutung kann man dieser Trennung nicht ganz absprechen, aber es handelt sich darum, wie weit sie anatomisch in dem Hirnabschnitte durchgeführt ist, der der Sitz der psychischen Functionen und der psychischen Krankheiten ist. Können wir annehmen, dass die Hirnrinde oder selbst die Hemisphären derartig zugleich functionell und anatomisch getrennte Gebiete enthalten, dass daraus Erkrankungen in jedem einzelnen derselben hervorgehen können? Nein. Schon jetzt besitzen wir anatomische Untersuchungen, welche dagegen sprechen. Die motorischen Gebiete der Hirnrinde enthalten den Untersuchungen *Munk*'s [2]) zufolge die centripetalen und centrifugalen Elemente eng zusammen. Ein Hund, dem ein Theil der Rinde des Vorderlappens genommen ist, verliert sowohl die Wahrnehmung der verschiedenen sensitiven Qualitäten aus dem zugehörigen Körperabschnitt als die Fähigkeit denselben motorisch zu innerviren. Auch entspricht jener Trennung nicht einmal die psychologische Beobachtung. Denn die melancholische Veränderung betrifft nach unserem Dafürhalten ebensowohl die sensitive Seite als die motorische Function der Seele, und die mitten dazwischen gelegene „intracentrale“ Thätigkeit, die Combination und Schlussfolgerung, haben wir auch noch nie ganz unverändert

---

[1]) S. Samml. Klin. Vortr. v. *Rich. Volkmann*, No. 126.

[2]) Verhandl. d. physiol. Ges. z. Berlin, 1878, No. 4 u. 5, No. 9 u. 10. Die früheren Mittheilungen *Munk*'s siehe ebendas. 1867, No. 16, 17, 24 und Berl. klin. Wochenschr. 1877, No. 35.

bei Melancholischen angetroffen. Es wird richtiger sein, anzunehmen, dass in den verschiedenen Stadien der Typica wie in den selbständigen Theilformen dieselben Gebiete der Psyche und dieselben Theile des Gehirns, nur jedesmal in anderer Weise erkrankt sind (und nur dem Wahnsinn werden wir wahrscheinlich auch eine anatomische Sonderstellung einräumen müssen).

In die Auffassung der Melancholie hat sich aber von lange her ein weit reichender Irrthum eingeschlichen, auf den wir näher eingehen müssen. *Lorry* hatte den Namen Melancholie etwa für gleichbedeutend mit Irresein überhaupt gebraucht. *Nasse*, der ältere, und *Pinel* verstanden darunter den Wahnsinn, sowohl heiteren als traurigen Inhalts. Seitdem aber hat man sich gewöhnt, denselben nur auf Zustände, bei denen sich Trauer zeigt, anzuwenden, und der gewöhnliche Sprachgebrauch von heute verbindet nur diesen Sinn damit. Aber auch die fortgeschrittensten heutigen Systematiker gehen von dieser Auffassung aus; auch für sie ist die Verstimmung das erste und maassgebende Symptom der Melancholie, und eine Melancholie ohne traurige Verstimmung wäre ihnen eine contradictio in adjecto. Sehen wir auf einige Consequenzen, die sich daraus ergaben. Wenn es sich um Zustände handelte, in denen sich ein trauriger oder ängstlicher Affect mit grosser motorischer Erregung verband, so nannte man dieselben **Melancholia agitata.** Jeder weiss aber, dass die Stimmung in den Aufregungszuständen etwas sehr Wechselndes und gegenüber dem Gesammtbilde etwas Nebensächliches ist. Wenn man von Melancholieen mit einzelnen Angsthandlungen absieht, so ist in allen stärkeren Erregungszuständen die Unterscheidung nach der Stimmung sowohl practisch unwichtig als undurchführbar. Auf der anderen Seite sprach man von **Melancholie mit Hemmung, Melancholia cum stupore** oder **attonita.** Damit wollte man ohne Zweifel ausdrücken, dass dies schwere Verstimmungszustände seien, bei denen die Kranken nur nicht im Stande seien, ihren Schmerz auszudrücken. Oft sind allerdings solche Kranke von psychischem Schmerz erfüllt. Nicht selten aber lässt sich nachweisen, dass sie nicht von traurigen Vorstellungen beherrscht werden; meist dann

ergiebt sich, dass ihr Vorstellungsleben von unbestimmten Bildern erfüllt oder gänzlich leer war und stillstand. Hier hatte man eine Verstimmung angenommen, wo keine vorhanden war. Erkannte man aber, dass ein Kranker bestimmt keine Trauer, keine „Melancholie“ hatte, so musste sein Zustand auch einen anderen Namen erhalten, dann war es ein Stupor, oder ein primärer Blödsinn, und man deutete dadurch an, dass dies etwas von der Melancholie wesentlich Verschiedenes sei. Es wäre nicht vom Uebel gewesen, diese durch die Intensität der Erscheinungen hervorstechenden Zustände mit eigenen Namen zu belegen, aber indem man dabei nur auf die Verstimmung Rücksicht nahm, setzte man bei vielen Kranken etwas voraus, was nach unbefangener Prüfung nicht bei ihnen zu finden ist, rechnete man Kranke zu derselben Gruppe, die nicht dazu gehörten und schied andere aus der Gemeinschaft aus, die deren wesentlichen Charakter besassen. Man setzte sich auf diese Weise aber nicht allein in Widerspruch mit der Beobachtung, sondern man war auch zu einer Auffassung der Vorgänge im kranken Gehirn genöthigt, für die uns alles Verständniss fehlt. Wir können uns nämlich auf keine Weise physiologisch erklären, wie es kommen soll, dass die Fundamentalformen der psychischen Hirnreaction in der traurigen und freudigen Verstimmung bestehen. Die primitive Function der Hemisphären besteht doch in der Aufnahme der Sinneserregungen, ihrer Umsetzung und Combination. Damit verbindet sich in irgend einer Weise das, was wir Stimmung nennen. Sich nun vorzustellen, dass nur die secundäre Qualität dieser Reaction in einer sehr wesentlichen Summe von Geistesstörungen sich verändert, die hauptsächliche aber unberührt bleibe, widerspricht ganz der räumlichen Vorstellung von dem Verhältniss dieser geistigen Processe zu einander. An Versuchen, aus dieser Schwierigkeit herauszukommen, hat es auch nicht gefehlt, wie die Anschauungen *Kahlbaum*'s und *Hagen*'s beweisen, die an die Stelle der traurigen und freudigen Stimmung die centripetale und centrifugale Hirnthätigkeit setzen wollen. Es dürfte sich daher ergeben, dass in der Melancholie die Verstimmung ihre Bedeutung als erstes und maassgebendes Symptom nicht behalten kann. Nehmen wir ihr diese Bedeu-

tung, so vermeiden wir die erwähnten Fehler, und es gelingt vielleicht, auf dem tieferen Grunde der Erscheinungen ein Merkmal zu finden, welches der physiologischen Anschauung besser entspricht und die wirklich ähnlichen Fälle gut zusammenfasst.

Setzen wir einmal an die Stelle der traurigen Verstimmung die geistige Lähmung oder Hemmung. Es ist das etwas, was man nicht neu finden wird. Andere haben Aehnliches auch schon gesagt. Es kommt aber nicht darauf an, ob die Hemmung der geistigen Processe wirklich in allen Fällen vorhanden ist, sondern auch, wie man das Verhältniss dieser allgemeinsten Eigenschaft zu den anderen und insbesondere zur Verstimmung fasst. Es soll nicht heissen: Der Kranke fühlt sich geistig gehemmt und deshalb ist er traurig. Das hat man geglaubt, wenn man doch immer auf die Verstimmung als die nie fehlende Haupterscheinung gelangen wollte, während doch nicht alle Fälle psychischer Hemmung die Verstimmung aufweisen, noch der Grad der Verstimmung mit dem Grade der Hemmung in einem Abhängigkeitsverhältnisse steht. Auch *Meynert* [1]) hatte versucht, von der geistigen Hemmung die melancholischen Erscheinungen psychisch abzuleiten. Als er dann sah, dass diese Auffassung auf viele Fälle nicht anwendbar ist, beschränkte er sich darauf, ein anderes psychologisches Symptom zum Hauptkennzeichen der Melancholie zu machen, womit er sich vom Wesen der Sache vielleicht nur weiter entfernte. Er sagt in einer neueren Veröffentlichung [2]):

„Eine für die Diagnose der Melancholie unerlässliche Erscheinung ist der Kleinheitswahn, welcher nicht nur in der Auffassung der Person des Kranken selbst als der nichtigsten, verworfensten seinen Ausdruck findet, sondern auch ... in der Meinung sich kundgiebt, dass die anderen Menschen über die Melancholiker weit erhaben seien.“ Es ist etwas Anderes, ein Merkmal aufzustellen, welches der Ausdruck des einer Krankheit zu Grunde liegenden organischen Zustandes ist, als welches ohne diese unmittelbare Beziehung überhaupt nur als ein, wenn

---

[1]) Anzeiger d. Gesellsch. d. Wiener Aerzte 1871, No. 28. Wien. Braumüller.

[2]) Ueber Fortschritte im Verständniss d. krankh. Gehirnzustände, S. 20 1878 bei demselben.

auch noch so häufiges, Factum vorkommt. Den Vorzug, auf einen supponirten oder bewiesenen Gehirnzustand unmittelbar bezogen werden zu können, besitzt der Kleinheitswahn gewiss nicht. *Meynert* unterlässt es natürlich auch, denselben mit dem seiner Meinung nach der Melancholie zu Grunde liegenden noch zu erwähnenden Gehirnzustand zurückzuführen. Im besten Falle behielte also der Kleinheitswahn die Bedeutung eines gut aufgefassten, stets vorhandenen Symptoms. Wie steht es aber mit den Fällen stuporöser Melancholie, mit den Fällen von Heimweh, von rein schmerzhafter Reaction gegen alle Eindrücke oder von Kranken, die bei ganz melancholischem Habitus erbittert gegen ihre Umgebung sind, was sich mit der Selbstverkleinerung nicht verträgt? Diese alle kann man doch nicht von der Melancholie trennen, weil man bei ihnen den Kleinheitswahn meist nicht antrifft. Unerlässlich ist also der letztere für die Diagnose der Melancholie nicht. Er hat einen ähnlichen symptomatischen Werth wie die Verstimmung oder die Angst; er kann fehlen und er kann auch in Zuständen vorkommen, die demjenigen der Melancholie in der Hauptsache entgegengesetzt sind, wie etwa in der Tobsucht mit Angst oder im Wahnsinn mit depressivem Charakter. Dagegen ist die geistige Hemmung eine Eigenschaft, nach der sich eine practisch und theoretisch gleich wichtige grosse Gruppe zusammenfassen lässt. Es ist die Gruppe aller Fälle von geistiger Gebundenheit, von den leichtesten sogenannten Verstimmungen bis zum Stupor oder dem primären Blödsinn. Die leichtesten und schwersten Grade trauriger Verstimmung sind zum grössten Theile darin einbegriffen. Wenn man die Fälle von Tobsucht mit negativem Affect, die bisher als Melancholia agitata mit hierher gerechnet wurden, ausser Acht lässt, so wird man keine Melancholie finden, bei der sich nicht die Hemmung der geistigen Processe in geringerem oder stärkerem Grade geltend machte. Einförmigkeit der Gedankenverbindungen, Mangel jeder geistigen Productivität, Unfähigkeit auf äussere Anregungen einzugehen, mehr oder minder vollständiger Stillstand der Gedanken, Unentschlossenheit, Willenlosigkeit bis zu motorischer Unfähigkeit, das sind die wirklich allgemein verbreiteten Merkmale der Melancholie. An dem Wachsen und

Abnehmen derselben erkennt man am besten den Grad der Erkrankung und zugleich den Zusammenhang der leichteren melancholischen Gehirnzustände mit den schwersten, in denen die geistige Productivität ihrer receptiven und motorischen Seite nach ganz stillsteht oder untergegangen ist.

Auf den Zusammenhang der Melancholie mit diesen schwersten Zuständen hat bekanntlich zuerst *Baillarger* [1]) aufmerksam gemacht. Er sagte ganz richtig, dass die lypémanie avec stupeur die auf's höchste gesteigerte Melancholie (lypémanie simple) darstelle. Er beging auch nicht den Fehler, auf jeden Fall in dieser Melancholie eine traurige Verstimmung annehmen zu wollen; sondern er erkannte, dass gerade in den ausgebildeten Fällen eine Aufhebung aller geistigen Processe stattfinde. Die Verstimmung ist entweder mit untergegangen oder überhaupt nicht in erheblichem Maasse vorhanden gewesen. Wenn man ferner darauf achtet, in welcher Weise die traurige Verstimmung in den verschiedenen Fällen von Seelenstörung auftritt, so wird man ihre Bedeutung für die Melancholie auch geringer anschlagen. Wie nämlich etwa beim hypochondrischen Wahnsinn in secundärer Weise als Folge ängstigender Wahnvorstellungen Trauer eintritt, so ist auch in der allgemein so benannten Melancholie die Trauer nicht immer die echte ursprüngliche, aus dem Boden der Hirnkrankheit unmittelbar und unmotivirbar hervorgehende Herzenspein. Ein Kranker fühlt z. B. seine Unfähigkeit, einem Gedankengange zu folgen, sein Kopf und sein Denken ist gleichsam von einer Last beschwert, er hat aber keine Angst, keinen Versündigungswahn oder Aehnliches, und seine Stimmung ist nicht schwerer gedrückt wie sein ganzes Denken. Ein Anderer hat keine Empfindung für Freude und Schmerz, sein Gemüth scheint ihm leer und abgestorben; es ist kein unsagbares beständiges Wehe, was ihn erfüllt, sondern er ist verzweifelt wegen der Oede seiner Empfindung, wegen der hoffnungslosen Verkehrung seiner gesunden, kraftvollen und frohen Natur. Das sind auch „Melancholische", und doch fehlt ihnen jene Art von Melancholie, die man so gern als das wahre Wesen

[1]) Annales medicopsych. 1843 u. 1853.

des melancholischen Zustandes ansieht. Dagegen, was auch ihnen nicht fehlt, das ist ein Ausfall oder eine Hemmung im geistigen Geschehen.

Wenn dieses Moment, wie wir nicht zweifeln, in Wahrheit die allgemeinste Verbreitung in der erweiterten Gruppe der melancholischen Zustände besitzt, so muss es auch das geeignetste sein, um in die nächste Verbindung mit dem pathologischen Vorgange im Gehirn gebracht zu werden. Je leichter dies möglich ist, desto berechtigter ist es, jenes Symptom als das wesentlichste und allein classificatorische zu bezeichnen. Wir können nun zwar nicht angeben, ob dasselbe der unmittelbare Ausdruck einer Entzündung oder einer Anämie oder Hyperämie, Oedem oder Infiltration des Gehirns ist, — das wird heutzutage wohl noch niemand verlangen — aber es ist doch schon von erheblicher Bedeutung, wenn sich das Wesen der Melancholie ohne alle Schwierigkeit nach Art einer der beiden Hauptreactionsformen des kranken Nervensystems auffassen lässt. Wir hätten dasselbe nur als einen Lähmungszustand des psychischen Gehirngebietes anzusehen. Mit dieser generellen Auffassung dürfte immerhin mehr gewonnen sein, als mit den noch ganz unsicheren Voraussetzungen speciell anatomischer Hirnveränderungen. Diese zu finden wird die, gerade für das Gebiet der idiopathischen Psychosen recht schwere Aufgabe der Zukunft sein. Andererseits muss man annehmen, dass gerade bei diesen Psychosen auch die reinsten anatomischen Typen der betreffenden feineren Hirnveränderungen anzutreffen sein werden, und dass die Kenntniss derselben eine maassgebende Bedeutung für die pathologische Anatomie der zusammengesetzten klinischen Formen haben wird. Es ist nicht zu erwarten, dass die Anwendung des Begriffes der Lähmung und des Krampfes (oder Reizes) auf die Seelenstörungen den Meisten als etwas Ungewöhnliches oder Neues erscheinen könne. Im Gegentheil beweisen viele Ausdrücke in der Literatur wie Hypersthenie und Asthenie, Excitement und Collapse, Depression und Exaltation, dass man fast stets eine unbestimmte Vorstellung von dem Vorhandensein jenes allgemeinen Unterschiedes, der sich in der Pathologie des peripheren Nervensystems geltend macht, auch in

den Psychosen besessen hat, und wer immer über die Natur der psychischen Krankheiten öfter nachgedacht hat, dem wird auch schon diese nahe liegende Beziehung aufgefallen sein. Es ist bis jetzt nur noch nicht gelungen, den erwähnten Unterschied in allgemeiner und gebührender Weise anzuwenden und geltend zu machen. Es ist schade, dass *Meynert,* als er einsah, dass sich die melancholische Verstimmung nicht als etwas Secundäres aus der geistigen Hemmung ableiten liess, auch die wesentliche Bedeutung der Hemmung oder Lähmung für die melancholischen Zustände fallen liess. Er betrachtet die Hemmung wohl noch als eine wichtige Erscheinung in der Melancholie, doch legt er auf den Reizzustand, der nach seiner Meinung die Verstimmung veranlasst, anscheinend ein ebenso grosses Gewicht, sodass er keine einheitliche Auffassung mittheilt. Es ist nun sogleich einleuchtend, dass der Lähmungsvorgang in der Melancholie in der Regel kein vollständiger, lange nicht immer ein so anatomisch eingreifender, zerstörender sein kann, wie in der Mehrzahl der Fälle der peripheren und Rückenmarkslähmung. Zwar bieten uns die Reflexlähmung, die hysterische und hypochondrische Lähmung Beispiele, die als Analogie für die psychische Hemmung dienen können. Auch brauchen wir nur an die schweren Grade der Melancholie und an den primären Blödsinn zu denken, um uns zu überzeugen, dass auch tiefere Structurveränderungen hier vorkommen müssen. Im Allgemeinen wird man aber annehmen können, dass es nicht gerade die schwersten Structurveränderungen sind, welche der Mehrzahl der Fälle der Melancholiegruppe zu Grunde liegen. Vielleicht ist es auch erlaubt, dem Gehirn vermöge seiner Organisation und seiner Ausdehnung eine grössere Widerstandskraft gegen Krankheitsprocesse zuzutrauen als etwa dem Rückenmarke. Wo etwa hier schon volle Lähmung eintreten würde, möchte wohl im Gehirn durch vicariirendes Eintreten anderer Abschnitte der Functionsausfall noch verdeckt werden. Wie dem auch sei, so werden wir uns um so weniger zu wundern haben, dass die Lähmung der Hirnrinde nicht sogleich vollständiger einzutreten pflegt, als auch die Rückenmarkslähmung sich nicht immer schnell und vollständig ausbildet. Wir werden es natürlich finden, dass,

solange der Process keine völlige Vernichtung der Structur bewirkt hat, gewisse Reizerscheinungen aus der Ernährungsstörung hervorgehen. Was in den leichteren Graden der Rückenmarkslähmung die Parästhesien, Hyperästhesien, das Zittern, die Spannungen sind, wird sich, in die Functionen der Hemisphären übersetzt, bei den Melancholieen wohl auch wiederfinden. Es ist darum auch die Ansicht *Meynert's*, dass die Stimmungen und Verstimmungen der Ausdruck einer Art von Intoxication [1]) der Gehirnelemente sei, keineswegs so unvereinbar mit unserer Annahme als es scheinen möchte. Man bedenke nur, dass *Meynert* den durch die Ernährungsstörung gesetzten Reiz nur für die „Stimmungen und Verstimmungen“ verantwortlich machen will, nicht aber für die Ausfallserscheinungen (um mich kurz dieses Ausdrucks zu bedienen), welche nach unserer Auseinandersetzung die Hauptsache in der Melancholie ausmachen. Es dürfte sich wohl so verhalten, dass man die schmerzliche Stimmung der Melancholischen auf einen solchen Reiz, der sich neben der Hemmung geltend macht, zurückführen muss. Jene hyperästhetische Art vieler Melancholischen, gegen jeden Eindruck schmerzlich zu reagiren, diese Probe gewissermaassen ihres allgemeinen Schmerzzustandes, kann nur der Ausdruck eines Reizzustandes sein. So lange sich eine solche schmerzliche Verstimmung noch geltend macht, so lange wird die lähmende Ursache noch nicht ihre höchste Stufe erreicht haben. Entwickelt sich aber der Hemmungszustand bis zum Aeussersten, so wird jeder Reiz und damit auch die Verstimmung erloschen sein, ebenso wie bei dem stärksten Grade der Myelitis die Hyperästhesieen und Spannungen aufhören. In der That sind es sicherlich nicht die schwersten Zustände, in denen die Kranken recht lebhaft ihre Noth klagen; vielmehr gehört dazu noch eine gewisse gesunde Reaction und Kraft, während mit dem Tiefergreifen des Processes ohne Zweifel jene Zustände zur Erscheinung gelangen, wo die Klagen der Kranken mit ihren Empfindungen aufhören. Man sage aber nicht, dass hiernach für die leichtesten Melancholieen allein der Reiz als Ursache übrig

---

[1]) *Meynert*, Skizzen über etc. der klin. Psychiatrie. 1876. S. 9 u. 33.

bleibe. Denn wir haben gesehen, dass erstlich auch in den leichtesten Melancholieen die Verstimmung nicht nothwendig vorhanden zu sein braucht, ferner, dass neben der Verstimmung, auch dann nicht die Hemmung vermisst wird. Wenn übrigens die Auffassung der Verstimmung als eines accessorischen Reizzustandes der Gehirnelemente berechtigt ist, so dürfte sie nicht allein stehen, und man würde allen Grund haben, z. B. auch die Angst in gleicher Weise zu erklären.

Wir haben oben auf *Hagen* hingewiesen, der sich eine eigene Auffassung von der einfachsten Psychosenform, worunter auch die Melancholie fallen würde, gebildet hatte. Er sagt (l. c. S. 99) etwa Folgendes: die ausgebildete Psychose besteht aus einem centripetalen und centrifugalen, d. i. einem melancholischen und maniakalischen Elemente. Der normale Ablauf derselben besteht also in der Verbindung einer Melancholie mit einer Manie. Die Hallucinationen sind ein centrifugales, der Manie äquivalentes Symptom. Eine Melancholie, die mit Hallucinationen verknüpft ist, besitzt daher schon beide wesentlichen Momente der vollständigen Hirnneurose; die Tendenz der Entledigung des Krankheitsprocesses in die motorische Gehirnsphäre [1]) wird darin schon befriedigt oder erschöpft, und so kommt es, dass nach einer Melancholie mit Hallucinationen keine Manie mehr auftreten kann. — Wenn diese letztere Thatsache, von der die Lehre *Hagen*'s ausgeht, richtig wäre, so würde man vielleicht grössere Schwierigkeit haben, dieselbe zu widerlegen. Aber für die zahlreichen Ausnahmen, wo z. B. Melancholieen ohne Hallucinationen für sich allein vorkommen oder wo Manieen ohne Melancholieen beobachtet werden, muss jene Hypothese alle Erklärung schuldig bleiben, während die Auffassung der Melancholie als eines Lähmungs-, der Manie als eines Reizzustandes das isolirte Vorkommen beider sehr wohl zulässt. Jene Ansicht hat aber auch in theoretischer Hinsicht unverkennbare Schwächen. Es widerspricht nämlich ganz unseren anatomischen Vorstellungen von den Krankheitsprocessen, dass dieselben nicht alle Functionen eines Organes oder eines Theiles desselben gleichzeitig ergreifen und im All-

[1]) *Hagen* spricht von dem „erregten, nach aussen drängenden Nervenagens".

gemeinen sich nicht an demselben zu Ende entwickeln sollten. Ein Krankheitsvorgang, der nicht der anatomischen Structur, sondern der Richtung der Functionen des Organs oder der functionellen Verbindung verschiedener Organtheile folgen sollte, müsste wohl noch gefunden werden. Es liegt hier offenbar eine Verwechselung des einmaligen, nach dem Vorbilde des Reflexvorgangs aufgefassten, psychischen Geschehens mit dem Krankheitsprocess vor. In jenem mag man wohl einen centripetalen und centrifugalen Abschnitt unterscheiden, dieser lässt den psychischen Vorgang mit seinen beiden Abschnitten in sich aufgehen und besitzt seine eigenen Gesetze anatomischer Art. Ferner und zugleich zur Erhärtung unseres Widerspruchs müssen wir wiederholen, dass in der Melancholie nicht wesentlich nur die centripetale, in der Manie die centrifugale Seite der Psyche ergriffen sei. Dass z. B. ein Maniakalischer nicht mit eben solcher krankhaften Schnelligkeit die Eindrücke aufnimmt, als er sie von sich giebt, scheint uns eine Annahme, die der nüchternen Beobachtung einfach widerspricht.

Was die weitere Eintheilung der Melancholie anlangt, so ist es nicht gerathen, mehr als einige, nach der Schwere der Symptome, der die Schwere des Gehirnprocesses im Allgemeinen entsprechen muss, gekennzeichnete Unterarten aufzustellen. Da sie ohne scharfe Grenze in einander übergehen, so sind es nur die ausgebildeten Formen, die sich deutlich aus der Mehrheit der Gruppe hervorheben. So hätten wir als erste und weiteste Unterart die einfache Melancholia zu nennen. Von den zahlreichen Variationen, die man früher nach psychologischen Merkmalen von derselben aufstellte, hat sich kaum eine erhalten. Einem Bedürfnisse entspricht von den bisher gemachten Unterscheidungen nur die nach dem Vorhandensein oder der Abwesenheit von Wahnvorstellungen. Nach der Seite der Wahnideen berührt sich die Melancholie mit dem Wahnsinn und es ist wegen der theilweisen Aehnlichkeit der benachbarten Formen wünschenswerth anzudeuten, dass die Wahnvorstellungen allein noch nicht den Wahnsinn ausmachen, dass vielmehr das Vorherrschen eines Momentes die Art bestimmt. Die Melancholie mit Wahnvorstellungen würde demnach ein Hemmungszustand sein, bei dem Wahn-

vorstellungen auftreten, ohne das Vorherrschen des Hemmungscharakters zu beeinträchtigen. Die Wahnvorstellungen selber behalten dabei einen depressiven Charakter, entfernen sich in der Regel nicht sehr von der realen Möglichkeit, sind für die Kranken nicht so unbestreitbar wie im Wahnsinn und zeigen eine deutliche Abhängigkeit von dem Gange des ganzen melancholischen Zustandes. Wir knüpfen weiter an die gewohnte Ausdrucksweise an, wenn wir als die nächste Unterart die stuporöse Melancholie, endlich als dritte den Stupor oder primären Blödsinn bezeichnen. Ueber die Berechtigung, beide hierher zu beziehen und über ihre wesentlichen Eigenschaften brauchen wir uns nach dem Vorhergehenden nicht weiter auszulassen. Wir wollen nur noch darauf hinweisen, dass wir mit dem primären Blödsinn zugleich zu einer anatomischen Entwickelungsstufe des Krankheitsvorgangs gelangt sind, welche mit den schweren anderweitigen parenchymatösen Organveränderungen gleichwerthig sein muss. Von der Kenntniss dieser schwersten Gehirnveränderungen wird wie von der Paralyse zu hoffen sein, dass sich das Licht auch auf die anderen Zustände verbreiten werde.

Ehe wir aber die Melancholie verlassen, sei es uns gestattet, die Aufmerksamkeit auf gewisse Fälle zu lenken, die sich vielleicht als eigene Unterart der einfachen Melancholie betrachten lässt, d. i. derjenigen Unterart der Hemmungsgruppe, in der sich am ersten noch weiter gesonderte Formen dürften finden lassen. In der Literatur trifft man einige Hinweise auf diesen Gegenstand, welche hier zuerst folgen sollen: Die eine Mittheilung ist schon recht alt, sie stammt von *Zeller* [1]), welcher berichtet: „Ich habe fünf gemüthskranke Frauen zu beobachten Gelegenheit gehabt, die auf eine fast gleichlautende Weise über den Mangel an Empfindungen in ihrem Gangliensystem klagten. Es war ihnen, wie wenn sie vom Kopf an wie gefühllos und todt wären, bis an den Kopf in die Erde eingegraben, versteinert, verzaubert, sie klagten, sie könnten wohl über alles denken, sogar klar und richtig denken, aber das wesentliche fehle eben in ihren Gedanken, es gehe keine Veränderung mehr in ihnen

---

[1]) *Nasse* u. *Jacobi's* Zeitschr. Bd. I. S. 524.

vor, Stunden und Tage gingen ihnen dahin in entsetzlicher Eintönigkeit, ein Verbrecher habe es besser, der auf das Schaffot geführt werde, er könne doch noch Todesangst ausstehen, worüber sie ihn beneiden könnten.“ Die zweite Nachricht findet sich in *Griesinger*'s Lehrbuch 1871, S. 83. Dort heisst es: „Ich sehe, ich höre, ich fühle, sagen solche Kranke, aber die Gegenstände gelangen nicht bis zu mir, ich kann die Empfindung nicht aufnehmen, es ist mir, als wäre eine Wand zwischen mir und der Aussenwelt.“ Ausserdem theilt *Griesinger* S. 219 einen Fall nach *Esquirol* mit, der ebenfalls die Hauptsymptome in ausgezeichneter Weise enthält. Endlich findet sich in *Schüle*'s Dysphrenia neuralgica S. 57 eine solche Kranke erwähnt, welche den Magen als den Sitz eines Druckgefühls bezeichnete, und die zugleich an einem Uterintumor litt. Die Kranke *Esquirol*'s localisirte das Gefühl der Leere ganz besonders vorn im Kopfe. Die Localisation eines Gefühls von Leere oder Druck im Kopf und in der Magengrube scheint dieser Krankheitsform wesentlich zuzugehören. Vorerst aber fällt auf, dass abgesehen von dem *Griesinger*'schen Falle, in welchem das Geschlecht nicht angegeben ist, alle Kranken dem weiblichen Geschlechte angehören. Unter den männlichen Kranken der Stephansfelder Anstalt habe auch ich während zwei Jahren keine Fälle dieser Art gefunden. Unsere drei Patientinnen befanden sich in verschiedenem Lebensalter, sie waren 23, 42 und 50 Jahre alt, die jüngste verheirathet, die beiden älteren unverheirathet. Sie waren in ihren Mädchenjahren alle drei schon einmal unter melancholischen Erscheinungen erkrankt gewesen. Von Seiten ihrer Geschlechtsorgane manifestirten sich indess keine Krankheitserscheinungen; nur war bei Einer angegeben, dass durch übertriebene Vaginalexplorationen ein habitueller Reiz sei ausgeübt worden, dem der Ausbruch der Krankheit schuld zu geben sei. Die Gefühlsleere knüpfte sich bei den letzteren Kranken an den ganzen Vorderkopf, der ihr wie von einer hölzernen Decke eingenommen vorkam und oft der Sitz von Prickeln oder Stechen war; ebenso klagte die jüngste, nur dass sie noch stärkere Sensationen angab; die dritte klagte beständig gleich, dass sie in der Stirne das Gefühl habe, als läge dort ein Stein

und ebenso in der Magengrube. Bei ihr war das Gefühl bei dem Anhören einer schaurigen Erzählung zuerst in die Stirne gedrungen, dann habe es sich auch in die Magengrube festgesetzt. Aehnlich war es mit der Kranken *Schüle's*, welche bei einer Predigt das Gefühl hatte, als sei bei dem Worte „verstockter Sünder" ihr ein plötzlicher Schlag wie ein Blitz in den Scheitel und von da in den Unterleib gefahren. Nach dem Schlage behauptete sie, sei völliger Verlust aller Empfindungen eingetreten. Eine deutliche periphere Anästhesie war bei keiner unserer Patientinnen nachzuweisen, auch nicht bei derjenigen, die angab, auf der ganzen linken Körperseite ein Gefühl von Dumpfheit zu haben. Auch Intercostalneuralgieen fehlten. Das Schmerzgefühl der Haut war bei einer von ihnen sehr gering, während es bei der dritten wieder eher gesteigert schien. Wenn die Kranken ihr Leid klagten, so verknüpften sie es ausdrücklich mit der Leere oder Dumpfheit im Kopf resp. der Magengrube. Es war das Unbehagen, von nichts in der Umgebung innerlich berührt zu werden, zwar Alles zu sehen, zu hören etc. aber bei keiner Vorstellung ein Gefühl von der inneren Bewegung, von der sinnlichen Wärme zu haben, welche sie aus der Erinnerung an ihr gesundes Leben kannten. Eine Kranke sagte, sie sähe Alles undeutlich, wie im Nebel. Die beiden anderen sagten, sie kämen sich vor wie auf dem Theater, wo sie sich und die Anderen handeln sähen, ohne dass sie das etwas anginge. Die Kranken hatten wenig Lust zur Beschäftigung, da auch diese ihnen etwas Leeres war. Bei der Einen machte sich aber noch ein besonderer Mangel an Initiative geltend. Sie schien sich anzustrengen einen rechten Willen zu fassen, aber auch dabei fehlte ihr das Gefühl ihrer Strebung, sie sagte unendlich oft: „Ich will, und ich kann nicht, da sitzt es (sie meinte die Magengrube), so lange es da nicht fortgeht, kann's nicht anders werden." Die Kranken wurden nicht müde, über die Belästigung zu klagen, welche ihnen ihre Gefühlsleere verursachte, und sie hatten Zeiten, wo sie sich in Weinen und Jammern, die Eine auch in Aerger und Schelten, dass man nicht besser für ihre Genesung sorge, Luft machten. Bemerkenswerth war die Erhaltung der formalen Denkfähigkeit und Mangel jeder

Neigung zur Wahnbildung, was ihnen selbst sehr wohl bewusst war. Dass die eine Kranke sagte, sie sei unheilbar, weil sie sich selbst in ihre Krankheit hineingedacht und sich durch zeitweise Verweigerung der Nahrung noch mehr geschwächt habe, widerspricht dieser Aufstellung wohl nicht. Versuche zum Suicidium, wie sie bei dieser Kranken vorkommen, waren nicht gerade sehr gefährlicher Art. Sinnestäuschungen kamen nicht vor. Die Nächte waren grösstentheils schlaflos. Der Stuhl angehalten. Das Aussehen war blass, bei Einer mehr pastös. Bei zweien wurde eine Vermehrung der Nasensecretion bemerkt. Ich habe die Kranken 1 bis 2 Jahre lang beobachtet und von zweien auch später noch erfahren, dass ihre Krankheit noch fortdauert. Hiernach und nach dem ganzen Eindruck des Zustandes musste man demselben eine ungünstige Prognose stellen. Wenn wir die Hauptmomente desselben noch einmal hervorheben sollen, so wären es die folgenden: weibliches Geschlecht der Kranken, Mangel der höheren Empfindungen (Gemüthsbewegungen) mit klarem Krankheitsbewusstsein, Erhaltung der hauptsächlichen geistigen Fähigkeiten (nur die psychomotorische Thätigkeit kann erheblich mit leiden), Localisation des Gefühlsmangels in die Stirne resp. die Magengrube, chronischer Krankheitsverlauf mit geringer Neigung zum Uebergang in Blödsinn. Es ergäbe sich hieraus ein Krankheitsbild, welches die hauptsächlichen bekannten melancholischen Symptome nicht enthielte, aber nach dem mehr passiven Verhalten der Kranken und der Unterdrückung eines Theils der psychischen Functionen zu der Gruppe der Hemmungspsychosen zu rechnen wäre. Durch das Fehlen der meisten anderweitigen melancholischen Symptome würde sich dasselbe von Fällen gewöhnlicher einfacher Melancholie unterscheiden, in denen auch die Klage über Gefühlsleere vorkommt, aber von anderen Symptomen in den Hintergrund gedrängt wird. Nach dem so vorherrschenden Momente in dem geschilderten Krankheitsbilde wäre es vielleicht nicht unpassend, dasselbe mit dem Namen psychische Anästhesie oder Melancholia anaesthetica zu belegen. Worauf die psychische Anästhesie beruht, ist nicht mit Bestimmtheit zu sagen. Vielleicht aber liegt ihr ein halblähmungsartiger Zu-

stand der Endausbreitung der Sinnesnerven zu Grunde [1]). Die weitere Beobachtung muss ergeben, ob die psychische Anästhesie ein hinreichend häufiges und selbständiges Krankheitsbild ist, dass ihre Aufstellung als eigene Form wissenschaftlich berechtigt ist.

---

[1]) Man könnte auch an Lähmung des eigenen Gefühlstonus, des „Organgefühls" des Gehirns denken. Man müsste sich dann vorstellen, dass das Gehirn eigene sensible Fasern besässe, welche bei der centralen Thätigkeit miterregt würden; und in der That wäre dies wahrscheinlich die einzige Möglichkeit, wie sich eine relativ selbständige Organisation für das Gemüth, eine Art Sitz des Gemüths denken liesse. Wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Gemüthsbewegungen im gesunden Leben die vorgängige Erregung primitiver, wenn auch oft unbewusster Wahrnehmungen oder combinirter Vorstellungen zur Voraussetzung haben, und dass sich auch in Krankheiten die Verstimmungen mit dem Vorstellen in gegenseitiger Abhängigkeit zeigen, so könnte man zur Erklärung dieses Zusammenhanges, wenn man doch zugleich eine gewisse Selbständigkeit für das Gemüth beansprucht, nur eine Durchflechtung des Vorstellungsorgans mit Fasern und Zellen annehmen, die von dem jeweiligen Reizzustande desselben Notiz zu nehmen hätten. Da das aber, wie jeder finden wird, zu unüberwindlichen Schwierigkeiten führt, so bleibt nur die Annahme übrig, dass jeder Vorstellung, der primitivsten wie der complicirtesten, je nach ihrem Verhältniss zum individuellen Vorstellungskreise und nach der Art ihrer Erregung ein Theil Gemüthsbewegung unmittelbar anhaftet. Die Gemüthsbewegung, von der indifferenten, unbewussten Selbstempfindung bis zum stärksten Schmerz oder Freude ist jedesmal ein Theil der Wahrnehmung oder Vorstellung selbst. Ihre Summe macht die Gemüthslage aus, eine Summe, welche ebenso unzertrennbar von der Summe der Vorstellungen ist, wie die Einzelempfindung von der Einzelvorstellung. Das Gemüth ist darnach wie vieles in der alten Psychologie keine materielle Einheit, sondern eine sprachliche Abstraction, mit deren Hülfe wir uns über die Erscheinungen des Geisteslebens zu verständigen gewöhnt haben. Auf den vorliegenden Fall der psychischen Anästhesie angewandt, verlangt diese Auffassung also eine unmittelbare krankhafte Veränderung des Bereiches der Wahrnehmungen und Vorstellungen anzunehmen. Wenn nun Kranke dieser Art sagen: ich sehe die Bäume und den Sonnenschein, aber sie machen keinen Eindruck auf mich; ich bekomme liebevolle Briefe von den Meinen, aber ich liebe die Meinen nicht mehr — muss man da nicht denken, dass ihnen an der vollständigen Erregung der Hirnrinde etwas fehlt, ähnlich, nur schwächer wie bei Hunden, die ein Stück Fleisch sehen, aber nicht wissen, was sie damit anfangen sollen, weil ihnen ein Rindenstück des Grosshirns exstirpirt ist? Dies als Begründung der Muthmaassung, dass der psychischen Anästhesie eine Halblähmung der Endausbreitung der Sinnesnerven zu Grunde liegt.

Wir wären mit der Melancholiegruppe zu Ende. Auf dem Uebergang zur Manie begegnen wir einer Anzahl von Zuständen, die eine Mittelstellung zwischen der Hemmung und Aufregung einnehmen, bei denen Hemmung und Reizung in dem äusseren Verhalten sich die Wage zu halten scheinen. Es sind Zustände, in denen wahrscheinlich der Reiz vorherrscht, jedoch nicht in der Gestalt von ungebundenen Entladungen sich äussert, sondern in der Form der Spannung. Man könnte das Wesen derselben dem tonischen Krampfe gleichstellen wie dasjenige der Manie dem clonischen. Vielleicht kann man hier auch einen centralen Reizzustand vermuthen, der eine Reflexhemmung in der psychomotorischen Leitung verursacht. Es sind die Zustände, die man zum Theil unter den Bezeichnungen Melancholia attonita, Katatonie, Exstase, Katalepsie beschrieben hat. Dass sie eine gewisse Sonderstellung einnehmen, dürfte auch daraus hervorgehen, dass sie nicht wie die anderen Formen, in deren Beschreibung wir noch stehen, zugleich als Stadien des typischen Irrsinns auftreten. Dennoch dürfte sich ihre Besprechung am besten hier anfügen. *Schüle* macht darauf aufmerksam, dass in Fällen dieser Art eine periphere sensible Reizung, namentlich der Geschlechtsorgane wahrscheinlich sei. Die Haupterscheinung desselben besteht in der geistigen Absorption durch sehr lebhafte Vorstellungen oder Hallucinationen mit einer Anspannung der geistigen und körperlichen Kraft. Die Abgrenzung der hierher gehörigen Fälle ist schwierig wegen der geringen Auskunft, die von den inneren Vorgängen dieser Kranken zu erhalten ist und ihrer äusseren Aehnlichkeit mit anderen Zuständen. Eine gewisse Starrheit der Muskeln und ein passiver Widerstand gegen Bewegungen genügen noch nicht, um einen solchen Spannungszustand zu diagnosticiren. Dies zeigen die Fälle von stuporöser Melancholie, in denen man nichts von innerer Contraction bemerken, dagegen Starre der Muskeln, auch die Flexibilitas cerea beobachten kann. Es handelt sich eben vor Allem um die psychomotorische Spannung, deren Vorhandensein aus der aufmerksamen oder staunenden Mimik, aus einzelnen energischen Bewegungen und Ausrufen erkannt werden muss und durch Mittheilungen nach der Genesung bestätigt wird. Nach einer

Seite berühren sich diese Zustände in ihrem äusseren Verhalten mit gewissen Fällen von Wahnsinn, aber auch nur in ihrem äusseren Verhalten, nicht ihrem Wesen nach. In der exstatischen oder katatonischen Verfassung ist nämlich das Vorstellungsleben entweder so bunt und lebhaft bewegt oder so tief verändert, dass es zur Bildung der Wahnvorstellungen gar nicht kommen kann. Das Selbstbewusstsein ist verloren, der Kranke kann nicht über sich selbst reflectiren, um eine neue Person aus sich zu machen. Dagegen giebt es Wahnsinnige, die sehr energisch mit der Verarbeitung ihrer Wahnvorstellungen beschäftigt sind, und solche, welche direct durch ihre Wahnideen zum Schweigen und einem solchen passiven Widerstreben veranlasst werden, dass sie äusserlich den Katatonischen oder Exstatischen auf kürzere oder längere Zeit ähnlich sind. Man wird diese Kranken aber an der bemerkbaren Absichtlichkeit ihres Verhaltens, dem überlegten Gesichtsausdruck und vorher oder nachher, wenn sie ihre Wahnvorstellungen aussprechen, meist ohne Mühe erkennen. Die Trennung dieser verschiedenen Zustände ist nicht von Allen in befriedigender Weise aufrecht erhalten worden. So von *Schüle*. Er erwähnt das Spannungsirresein zweimal, erst unter seinen „Atonitätszuständen" — hier trennt er dasselbe nicht vom Stupor — dann bei der „psychoconvulsiven Form" der Verrücktheit", hier beschreibt er reguläre Verrückte, und die Spannung der Muskeln war bei ihnen nur in einem von den vier mitgetheilten Fällen zu beobachten. S. 486 seines Lehrbuchs bemerkt *Sch.*, dass bei gewissen Kranken aus der Umsetzung der massenhaften peripheren Reize und Hallucinationen ein wahres „Wahnchaos" entstehen könne. Nun wohl, wo das Chaos herrscht, da hört die Wahnbildung auf, und diese Zustände hätte der Autor nur mehr hervorheben müssen, so würde er ungefähr das eigentliche Spannungsirresein gehabt haben. Auch *Kahlbaum*, der den bedeutendsten Schritt zur Aufklärung dieses Theils der Formenlehre versucht hat, hat die Abgrenzung nicht scharf im Auge behalten. So sorgfältig seine „Katatonie" ausgearbeitet ist, so scheint es ihr doch nicht beschieden zu sein, die allgemeine Anerkennung zu erwerben. Dass es dem Verfasser nicht gelungen ist, eine der

paralytischen gleichwerthige, einheitliche anatomische Grundlage für dieselbe nachzuweisen, würde noch eher nachzusehen sein als die grosse Flüssigkeit der Symptome. Wenn zwar alle Kranken längere oder kürzere Zeit ein starres Verhalten zeigen, dagegen andere Symptome wie eigenthümliche Haltungen und Krampf in einzelnen Muskelgruppen fehlen können, wenn auch nicht immer Aufregungszustände mit Passivität zu wechseln brauchen, so mangelt die Gesetzmässigkeit der Erscheinungen; nur das Moment der motorischen Spannung bleibt übrig, welches sich mit Zuständen verbinden kann, die im Uebrigen wesentlich verschieden sind. Es würde für die künftigen Monographen dieser Form darauf ankommen, nur solche Fälle aufzunehmen, in denen das Moment der Spannung, und zwar der psychomotorischen Spannung ganz rein zur Darstellung gelangt. Er hätte namentlich Alles, was dem Stupor und dem Wahnsinn angehört, und selbstredend auch gewisse vorübergehende epileptoide Zustände, die damit Aehnlichkeit haben können, auszuscheiden. Dann bleibt eine Gruppe übrig, die nach unserer Ueberzeugung eine selbständige Darstellung verdient, und für welche die Bezeichnung Katatonie im Vergleich zu den sonst gebräuchlichen wie Melancholia attonita, Exstase, Katalepsie entschieden den Vorzug verdient. Namentlich die letztere Bezeichnung sollte nur für Anfälle von Starrheit gelten, die vorübergehen, und keine eigentliche Psychose ausmachen. Weiteres zur Charakteristik dieser Katatonie müsste sich auf eine aktenmässige Krankenbeschreibung stützen, die uns leider nicht zu Gebote steht. Eine häufige Krankheit ist die Katatonie jedenfalls nicht, wir haben sie aber als einen Zustand von schwerer pathologischer Bedeutung kennen gelernt, der grosse Neigung zum Uebergang in Blödsinn besitzt.

Indem wir zu den maniakalischen Zuständen gelangen, hoffen wir, dass es gelingen wird, dieselben ebenso wie die melancholischen zu einer gemeinschaftlichen Gruppe zusammenzufassen. Wir stossen hier zwar auf ein Bedenken. *Kahlbaum* hat die Manie gar nicht als eigene Verlaufsform aufgestellt. Indess, wie uns scheint, ohne genügenden Grund. Denn einmalige Aufregungszustände kommen thatsächlich vor, und zwar ohne dass man wie etwa bei der Puerperalmanie immer

besondere klinische Merkmale anführen könnte, wodurch dieselben eine besondere klinische Stelle erhielten. Wenn wir uns aber über das Wesen der Manie zu verständigen suchen, so wird das nicht nur für die reinen Fälle, sondern auch für die maniakalischen Zustände in den zusammengesetzten Formen Bedeutung haben.

Auch in der Auffassung der Manie hat bisher die Verstimmungstheorie den Blick der Schriftsteller getrübt. Man hat gemeint, dass wie in der Melancholie die Trauer, der Kleinmuth, so hier der Uebermuth das Wesen ausmachen müsse. Wir haben schon darauf hingewiesen, dass man Zustände von Aufregung, bei denen sich ein negativer Affect zeigt, geglaubt hat, nicht zur Manie stellen zu dürfen. Man nannte diese Zustände Melancholia agitata. Neuerdings hat man auch für die Aufregung ohne heiteren Affect den Namen Tobsucht reservirt, um für die Manie die heitere Aufregung allein in Anspruch zu nehmen. Aus einer Bemerkung in dem Sitzungsbericht des Vereins der deutschen Irrenärzte [1]) geht hervor, dass auch *Westphal* die Manie in diesem Sinne gefasst wissen will, und dass er sie von der Tobsucht trennt. Ohne Zweifel ist nun aber das Auffälligste an diesen Kranken, zum Unterschiede von der Melancholie, dass sie nicht still, unbeweglich, träge in der Auffassung sind, sondern laut, unruhig und geistig lebhaft. Das ist sehr leicht zu sehen und für die Behandlung maassgebend. Dagegen ist die Stimmung oft schwer zu erkennen, meist sehr wechselnd und practisch sehr unwichtig. Nehmen wir die Varietäten der Manie, welche wir wollen, so werden wir bei allen eine grosse Productivität auf dem ganzen psychischen Gebiete bemerken. Die Gedanken fliessen leicht und folgen einander schnell, die Empfindungen sind lebhaft und stark, die Phantasie voll Schwung, die Aeusserungen voll Kraft; da ist überall ein krankhaftes Uebermaass in den Hirnprocessen. Oft fühlen die Kranken die Leichtigkeit und die Steigerung ihrer Leistungen. Sei es in Folge dessen oder dass die Stimmungsveränderung direct aus der Hirnveränderung selbst hervorgeht, häufig ist die Stimmung der Kranken

---

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 34, S. 252.

eine gehobene, übermüthige. Aber das ist darum nicht immer der Fall. In vielen Erregungszuständen ist die Stimmung indifferent oder ärgerlich und feindselig, und in der stärksten Aufregung pflegt auch die Heiterkeit im allgemeinen Strudel untergegangen zu sein. Man wird daher wohl Manieen oder Tobsuchten finden ohne die gehobene Stimmung, aber keine ohne die Ueberproduction der geistigen und motorischen Functionen. Höhere und niedere Grade der Erregung gehen ganz unabhängig von der Stimmung in einander über. Wie kann man da sagen, dass dieselben gerade durch die Stimmung wesentlich charakterisirt seien? Und welchen Werth kann es noch haben, überhaupt einen Unterschied in diesen Zuständen nach der Stimmung zu machen? Es scheint die deutsche Neigung zur theoretischen Behandlung der Wissenschaft gewesen zu sein, dass man die Dinge nicht so einfach sah wie sie lagen. Bei keinem der namhaften französischen Autoren finden wir, dass er die Manie aus der fröhlichen Stimmung bestimmt, sondern sie bezeichnen alle die Manie als einen Zustand, in welchem das ganze psychische Gebiet in stürmischer Bewegung ist. Auch der practische Engländer *Blandford* ist weit entfernt, hier eine Unterscheidung nach psychologischen Theorieen zu machen. *Maudsley,* in dessen Lehrbuch der specielle Theil hinter dem theoretischen ersten Theil sehr zurücksteht, beschreibt die Melancholie und Manie zweimal, je nachdem sie die affective Seelensphäre oder die Intelligenz betreffen. Seine Denkweise scheint mit der deutschen eine besondere Verwandtschaft zu besitzen. Er trennt auch die Melancholie und Manie als Unterarten des affectiven Irreseins nach dem Affect des Angenehmen und Unangenehmen. Er fügt aber selbst hinzu, dass eine Agitation mit depressiven Empfindungen von einer exaltirten Agitation kaum zu unterscheiden sei. Wir haben uns überzeugt, dass auch wenig darauf ankommt, dass vielmehr die Agitation allein, die krankhaft gesteigerte psychische Thätigkeit, das Wesen der maniakalischen Zustände ausmacht.

Durchmustern wir die verschiedenen Formen, denen man unter denselben begegnen kann, so tritt uns nirgends ein Moment entgegen, welches die Einreihung unter diesen gemein-

samen Charakter verhinderte. Man findet nur verschiedene Grade der Ausbildung, vielleicht auch Ausdehnung auf kleinere und umfangreichere Gebiete des Gehirns. Von der leichteren maniakalischen Unruhe bis zum acuten Delirium und zu den schweren meningitischen Processen ist eine ununterbrochene Kette gezogen. Wie man die Eintheilung hier treffen will, ist bis zu einem gewissen Grade willkürlich. Aus practischen Gründen empfiehlt es sich, der Intensität der Erscheinungen nach drei Unterarten zu unterscheiden. Die leichten Fälle würden als einfache Manie zu bezeichnen sein, die schwereren, in denen alle Besonnenheit und der logische Zusammenhang untergegangen sind und die motorische Unruhe hochgradig gesteigert ist, würden wir mit der Bezeichnung Tobsucht belegen; unter Delirium acutum sind jene tiefen organischen Läsionen zu verstehen, die sich durch Ergriffensein des vasomotorischen und musculomotorischen Nervensystems mit Fieberbewegungen bei entsprechender Jactation kund geben. Es kommt sodann auf Grund einer eigenthümlichen weit verbreiteten Reactionsweise des Nervensystems und anscheinend unter dem begünstigenden Einfluss der erblichen Uebertragung ähnlich wie das circuläre Irresein eine Verlaufsform der Manie in stetig wiederkehrenden Anfällen vor. Die Erscheinungen behaupten einen mässigen Charakter, die Kranken sind auch in den ruhigen Zwischenzeiten nicht als gesund zu betrachten; die Anfälle kommen in Perioden von der Dauer eines Monats bis etwa zu einem Jahre, oft sehr regelmässig, oft mit oder ohne äussere Veranlassung unregelmässig. Der eine Anfall gleicht meist dem anderen auf's Haar, bis allmälig doch auch die geistige Schwäche hereinbricht. Zuweilen wird auch vorher der Anfall continuirlich, und es resultirt ein sich allmälig abstumpfender aufgeregter Blödsinn. Diese recidivirende Manie ist gar nicht selten unter den alten Anstaltsbewohnern und anscheinend häufiger bei den Frauen als bei den Männern. Die Manie ist durch diesen periodischen Verlauf bevorzugt. Wenigstens haben wir uns nicht davon überzeugen können, dass ausgeprägte Fälle dieser Verlaufsform auch bei den übrigen idiopathischen Psychosen vorkommen. Die Zahl der periodischen Psychosen ist zwar damit noch nicht erschöpft, aber wir

würden unserer Absicht, uns auf die Durchsicht der reinen Formen zu beschränken, untreu werden, wenn wir auch solche periodischen Zustände erörtern wollten, welche durch ihre Verwandtschaft mit der Epilepsie oder ihre Abhängigkeit von Uterinvorgängen und peripheren Neurosen ihre besondere Signatur erhalten [1]). Man kann darüber streiten, ob es besser wäre, mit diesen klinischen Formen auch die recidivirende Manie sowie die Folie circulaire zusammenzufassen. Wir haben von unserem Standpunkte aus wohl das Recht, dieselben an dieser Stelle aufzuführen.

Die Gruppe der Manieen, die wir hiermit beendigt haben, bezeichnen wir als diejenige der psychischen Krampf- oder Erregungszustände und gewinnen damit wieder ohne Präjudiz über die zu Grunde liegende anatomische Veränderung den geläufigen physiologischen Gesichtspunkt, unter dem sich dieselbe zwanglos vereinigen lässt. Wenn wir schon zu Gunsten dieses Gesichtspunktes hier wie bei der Melancholie noch auf eine nähere pathologisch-anatomische Begründung verzichten müssen, so fehlen uns doch für die Localisation der Veränderung nicht alle Anhaltspunkte. Es handelt sich bei den abgehandelten Formen um eine formale Veränderung aller rein psychischen Functionen, daher muss wesentlich auch nur der Theil des Gehirns afficirt sein, der nach Allem der Sitz dieser letzteren ist, also die Rinde. Soweit die unsicheren pathologisch-anatomischen Ergebnisse uns aufklären können, so legen sie ebenfalls den Gedanken nahe, dass durchgehends oberflächliche Erkrankungen diesen Psychosen zu Grunde liegen, sei es dass die Rinde aus sich erkrankt oder von Piaaffectionen in Mitleidenschaft gezogen wird.

Erinnern wir uns aber, dass wir bei der Erörterung der Theilformen zugleich den Stadien der Vesania typica folgen wollten. Die beiden letzten, welche uns von denselben noch zur Besprechung übrig sind, haben nicht dieselbe Bedeutung wie die Melancholie und Manie, sie sind vielmehr nur als die

---

[1]) Vergl. hierzu: *Kirn*, Die periodischen Psychosen. Stuttgart 1868.

weitere Entwickelung dieser beiden Hauptformen zu betrachten. Am ersten dürfte dies von dem Blödsinn einleuchten. Tritt derselbe primär auf, so stellt er die schwerste Form der Hemmungspsychose dar, den melancholischen Process in seiner anatomisch stärksten Ausbildung. Als viertes Stadium des typischen Irrsinns ist er symptomatisch schwer, oft gar nicht von der primären Form zu unterscheiden, denn beiden ist wesentlich die Unterdrückung der psychischen Functionen eigen. Die anatomische Gleichheit kann aber nicht von Anfang an vorhanden sein, da der primäre Blödsinn heilbar, der Terminalblödsinn aber ein definitiver ist. Erst nach einer gewissen Dauer, welche entsprechend kürzer ist, als wenn sie noch erst die früheren Stadien zu durchlaufen hätte, muss die anatomische Veränderung irreparabel und damit derjenigen des Schlussstadiums der Vesania typica gleich geworden sein.

Wie der Blödsinn sich mehr der Melancholie nähert, so hat die Verwirrtheit etwas vom Charakter der Manie, auf welche sie meist folgt, jedoch mit einer Beimischung der Schwäche. Sie ist ein Uebergangszustand von weniger scharf ausgeprägtem Charakter.. So ist sie leicht als drittes Stadium der Typica zu verstehen. Aber es wäre nicht abzusehen, warum sie nicht auch primär als selbständige Form auftreten sollte. Es ist dazu nur nöthig, dass der anatomische Vorgang, der die psychische Störung der Vesania typica veranlasst, gleich Anfangs energischer eingreift, sodass sofort die Höhe des dritten Stadiums erreicht wird. Was *Leidesdorf*[1]) vermuthet, dass eine gewisse Disposition des Gehirns, eine vielleicht früher erworbene Invalidität desselben den Ausbruch eines solchen primären schweren Zustandes begünstigen, mag für viele Fälle zutreffen. Aber als nothwendig ist eine derartige Disposition auch hierfür nicht zu betrachten, ächte Fälle dieser Art kommen ohne dieselbe vor, wenn auch die ganze Gruppe nicht zahlreich ist. Es wird Einem bei Fällen dieser Art begegnen, dass man den Eindruck der geistigen Zerfahrenheit und daher die Meinung gewinnt, es mit älteren Krankheitsfällen, mit vorgerückten Schwächezuständen zu thun

---

1) Psychiatr. Studien etc. Wien. Braumüller. S. 228.

zu haben; befragt man aber die Anamnese, so wundert man sich, dass der Ausbruch der Krankheit vor kurzer Zeit erfolgt ist. Eine rechte Melancholie und Manie kommen in diesen Fällen nicht zur Ausbildung, sehr schnell tritt Incohärenz des Denkens, Verworrenheit, Hallucinationen, unverbundene Wahnvorstellungen auf. Aeusserlich wird sich dieser Zustand von seinem Correlat nur durch die Art der Entwickelung, wesentlich aber durch die Prognose unterscheiden, da ein ähnlicher anatomischer Zustand eine andere Bedeutung besitzt, je nachdem er von langer Dauer oder eben entstanden ist. Die primäre Verwirrtheit wird eine etwas bessere Prognose als der schon fast absolut infauste primäre Blödsinn haben. Wegen ihrer Aehnlichkeit im formalen Ablauf der Vorstellungen mit der Manie, und weil in ihrem Verlauf vorübergehend stärkere Erregungen vorkommen, werden wir sie am besten mit zu den Aufregungszuständen stellen. Die Formen, welche wir bis jetzt angeführt haben, wären somit:

I. Die Vesania typica, typischer Irrsinn mit den vier Stadien, der Melancholie, Manie, Verwirrtheit und dem Blödsinn;
   a. vollständige Form,
   b. unvollständige Form (Melancholie mit Manie),
   c. circuläres Irresein.

II. Die selbständigen Theilformen, und zwar
   1. die Gruppe der psychischen Hemmungs- oder Lähmungszustände, auch als Melancholiegruppe zu bezeichnen,
      a. die einfache Melancholie ohne Wahnvorstellungen (α. die Melancholia anaestetica),
      b. die Melancholie mit Wahnvorstellungen,
      c. die stuporöse Melancholie,
      d. der Stupor oder primäre Blödsinn.
   2. Die Gruppe der psychischen Krampf- oder Aufregungszustände auch als Maniegruppe zu bezeichnen,
      a. die einfache Manie,
      b. die Tobsucht,
      c. das Delirium acutum,

d. die recidivirende Manie,
e. die primäre Verwirrtheit.

Einen eigenen Platz nimmt sodann ein:

III. Das Spannungsirresein, die Katatonie.

Der Wahnsinn, zu dessen Besprechung wir übergehen, tritt aus den bisher beschriebenen Zuständen, soweit eine Scheidung auf dem gemeinschaftlichen Gebiete der uncomplicirten Seelenstörungen möglich ist, deutlich heraus. Im Allgemeinen ist man heutzutage darüber orientirt, was der Wahnsinn oder die sog. primäre Verrücktheit bedeutet. Wir können uns daher zunächst über den Namen verständigen, der diesem Zustande am besten zu geben ist. Wenn die Bezeichnungen „primäre Verrücktheit" und „Wahnsinn" für gleich treffend zu halten wären, so würde doch schon aus sprachlichen Gründen das Wort Wahnsinn den Vorzug verdienen. Dasselbe ist aber nicht blos sprachlich besser gebildet, sondern auch bezeichnender. Um *Neumann*'s [1]) treffende Definition anzuwenden: „Der Inhalt einer Illusion oder Hallucination, sobald derselbe von dem Kranken als wahr angesehen wird, heisst Wahn, und die Vorstellungen, welche sich an den Wahn knüpfen, oder aus ihm hervorgearbeitet werden können, nennen wir Wahnvorstellungen; consequenterweise sagen wir von einem Menschen, dessen ganzer Sinn auf den Wahn gerichtet ist, er leide am Wahnsinn" [2]). Dies ist aber auch in Uebereinstimmung mit der Tradition des Gebrauchs des Wortes Wahnsinn, wie wir ihn bei der Mehrzahl der älteren deutschen Psychiater finden. Auch *Snell*, dessen Mittheilung für diesen Gegenstand entscheidend geworden ist, bedient sich des Ausdrucks Wahnsinn, wie er fertig vorlag, und man hätte billig seinem Beispiele folgen sollen. Aber es begreift sich, wie *Griesinger* zu dem Ausdruck „primäre Verrücktheit" gelangte. Er knüpfte damit an die Bezeichnung in seiner Formenlehre

---

[1]) Lehrbuch S. 173. Der Schärfe der citirten Definition thut es keinen Eintrag, dass hier die Entstehung des Wahns allein aus Illusionen und Hallucinationen zu eng gefasst ist.

[2]) S. hierzu auch *Hertz*, Allgem. Zschr. f. Psych. Bd. 34. S. 272, wo sich derselbe ausführlich für „Wahnsinn" ausspricht.

an, leider aber zugleich gerade an den Fehler, der darin bestand, dass er den ächten Wahnsinn mit unter die dritte Form seines Schemas gestellt und in Folge dessen zwei unzutreffende Bilder zugleich geliefert hatte. Weder seine Verrücktheit war ein naturwahres, einheitliches Krankheitsbild geworden, noch das, was er auf seine Weise als Wahnsinn beschrieben hatte. Die Bekehrung seiner Ansicht nach der Veröffentlichung der Fälle von *Snell* und *Sander* bestand darin, dass er das primäre Vorkommen von Zuständen erkannte, die er früher als secundär betrachtet hatte. Das war aber nicht hinreichend. Er hielt diese primäre Erkrankung immer noch für übrigens gleichbedeutend mit dem secundären Schwächezustand. Sonst hätte das Wort primär keinen Sinn gehabt. Er hätte aber nicht sagen müssen: die Fälle echter Verrücktheit kommen auch primär vor, sondern: diese Fälle kommen überhaupt nur primär und nie secundär vor. Der Wahnsinn ist eine eigene selbstständige Psychose, die ihren besonderen Platz verlangt. Er hat nichts mit der Tobsucht und der Paralyse (wie nach der Beschreibung des „Wahnsinns“ bei *Griesinger*), noch mit dem dritten Stadium des typischen Irrsinns zu thun. Wenn *Griesinger* zu dieser Auffassung durchgedrungen wäre und dieselbe consequent durchgeführt hätte, so hätte er den Ausdruck primäre Verrücktheit nicht wählen können. Er hätte eine neue Bezeichnung wählen und naturgemäss unter Aufgabe seiner Beschreibung des Wahnsinns diesen Namen dafür annehmen müssen. Die Bezeichnung Verrücktheit allein für den Schwächezustand mit Wahnvorstellungen hätte er dann allenfalls an ihrem Platze belassen können. Auch wir könnten bei der gegenwärtigen nothwendigen Aenderung der *Griesinger*'schen Nomenclatur statt Verwirrtheit auch „Verrücktheit“ sagen. Wir haben aber die Bezeichnung „Verwirrtheit“ vorgezogen, wegen der Unsicherheit des Gebrauchs des Wortes Verrücktheit, und weil sie auch besser als dieses das, warum es sich handelt, ausdrücken dürfte. Wir verlieren vielleicht auf diese Weise die Bezeichnung Verrücktheit. Das dürfte aber ein geringerer Schaden sein, als sie auf Kosten des allgemeinen Verständnisses zu erhalten. Möchte aber jemand dieselbe durchaus nicht aufgeben wollen, so kann man sie für das

chronische, unheilbare Stadium des echten Wahnsinns aufheben, wodurch dann der brauchbare Theil in der *Griesinger*'schen Anwendung wieder hergestellt wäre. Um bei der fatalen Unsicherheit des Gebrauchs dieser verschiedenen Bezeichnungen resp. ihrer Begriffe die hier begründete Auffassung derselben kurz zu wiederholen, so würde „Verwirrtheit“ das dritte Stadium der Vesania typica und den entsprechenden Zustand, auch sofern er primär vorkommt, bezeichnen; „Wahnsinn“ bedeutet den mit Wahnvorstellungen beginnenden und wesentlich aus der systematischen Verabreichung derselben bestehenden Zustand, „Verrücktheit“ das chronische, unproductive und unheilbare Stadium dieses letzteren.

Um nun einigen Ueberlegungen über die pathologische Bedeutung des Wahnsinns und über die Unterarten, die wir von ihm kennen, Raum zu geben, so muss man, um sich hierüber klar zu werden, vorzugsweise zwei Eigenschaften desselben bedenken. Das ist einmal die Erscheinung, dass Gedanken, die als begründete Muthmaassungen oder äusserlich unmotivirte, phantastische, oft ganz unsinnige Einfälle in dem Spiel der Gehirnerregung auftauchen, alsbald die Kraft der Ueberzeugung erlangen, ohne dass zugleich die Denkfähigkeit im Allgemeinen geschwächt wäre. Die zweite Haupterscheinung sind die Sinnestäuschungen, welche in keiner Psychosenform so häufig sind als im Wahnsinn. Von den meisten Schriftstellern werden diese Momente gebührend hervorgehoben, so auch von *Meynert* und *Hagen*, nur dass der letztere den zweiten Punkt nicht als ebenso hervorstechend ansieht. Wenn er das Verhalten der Hallucinationen im Anfangsstadium, in dem sich natürlich der Krankheitsprocess am deutlichsten ausprägt, mehr in's Auge gefasst hätte als in dem Stadium, in welchem sich die meisten „Verrückten“ in den Anstalten befinden, so würde er vermuthlich nicht abweichender Meinung sein. Darin, dass mit der Dauer der Krankheit sich die Hallucinationen in der Regel abstumpfen, zuweilen bei Fortbestehen des Wahnsinns sich verlieren, wird Niemand widersprechen. Aber so lange die Bildung der Wahnvorstellungen noch in der Entwickelung und im Flusse begriffen ist und bei den Exacerbationen sowie dem Uebergange in neue Phasen wie von den Verfolgungsideen

zum Grössenwahn pflegen Hallucinationen nicht zu fehlen. Und wenn es auch nicht immer deutliche Hallucinationen sind, welche an der Wahnbildung theilnehmen, so besteht doch eine Betheiligung des Sinnesgebiets in Form schwächerer Erregung, in Form von Illusionen und Sensationen, aus denen die Wahnvorstellungen anscheinend ihre sinnliche Unmittelbarkeit und überzeugende Kraft schöpfen. Den stärksten Hinweis auf diesen Zusammenhang liefert die Hypochondrie, aus deren peripherem pathologischem Elemente mit grösster Leichtigkeit Wahnvorstellungen hervorgehen. *Meynert*, welcher auch nachdrücklich gerade auf die Hypochondrie exemplificirt, stellt hiernach eine Erklärung für das Vorwiegen der sensitiven Reizung im Wahnsinn auf, welche geistreich concipirt und durchgeführt ist, jedoch vor einer einfacheren Betrachtungsweise und gewissen widerstreitenden Beobachtungen nicht Stand halten dürfte. Bevor wir aber darauf eingehen, sei noch ein weiterer Schritt zur Abschätzung der Bedeutung der Sinnesthätigkeit gethan. Aus der Entwickelungsgeschichte der Seele nämlich, das heisst der Zeit der Entwickelung des Gehirns nach der Geburt, geht die ganz fundamentale Bedeutung der Sinnesorgane für die Bildung der höheren Hirncentren hervor. Auf der äusseren Erregung der Sinnesorgane beruht der gesammte empirische Inhalt unserer Vorstellungen. Es muss also zwischen unseren Sinnesorganen und den Vorstellungscentren die engste Verbindung bestehen und dieselbe muss durch das tägliche Leben in jeder Secunde erneuert und bestärkt werden. Daher erklärt es sich, dass wir sagen können: was wir mit unseren eigenen Augen gesehen, mit unseren eigenen Ohren gehört haben, das kann uns Niemand abstreiten; ebenso lässt sich erkennen, dass eine reproducirte Vorstellung, sowohl die einfachste als die höchst combinirte, immer erst dann die rechte Klarheit für uns gewinnt, wenn die in ihr enthaltenen Elemente sinnlicher Wahrnehmung den möglichsten Grad sinnlicher Lebhaftigkeit erlangt haben. Es ist dies ein Vorgang, der sonst wohl als ein leises Mithalluciniren der Sinne beim Vorstellungsacte bezeichnet worden ist, indessen möchte ich noch nicht unterschreiben, dass dazu eine Erregung der Sinnesnerven er-

forderlich ist, wie dies *Stricker* [1]) nach der Angabe Blinder, dass mit der Zeit die Gesichtsvorstellungen aus ihrer Erinnerung verschwinden, folgert. Eine derartige deutliche Vorstellung aber wird ganz unser Eigenthum, und es kostet die grösste Mühe, sie, wenn es nöthig ist, zu corrigiren. Noch etwas Weiteres kann man in diesem Process verfolgen, ohne dass es unsere Absicht ist, auf diesem Gebiete der Selbstbeobachtung mehr als eine weitere Stufe der Wahrscheinlichkeit zu erringen. Die Art nämlich, wie sich eine mit den Attributen der sinnlichen Deutlichkeit versehene Vorstellung im Bewusstsein geltend macht, ist so dominirend, dass der übrige Bewusstseinsinhalt durch sie geschwächt wird. Mit jeder so kräftig eintretenden Vorstellung verbindet sich naturgemäss eine gewisse Gemüthsbewegung je nach ihrer Bedeutung für das Individuum und nimmt die Aufmerksamkeit für die eine Vorstellung gefangen, wie sie die übrigen Vorstellungen in's Unbewusste zurückdrängt. Man denke an die Wirkung einer recht plastischen Schilderung einer uns drohenden Gefahr. Diesen Vorgang kann man als eine Hemmung der grösseren Summe der Rindenerregung durch einzelne Vorstellungen betrachten, und es ist klar, dass solchen Vorstellungen gegenüber jede Kritik aufhören muss.

Denken wir uns nun einen Gehirnzustand, in welchen das centrale Sinnesgebiet in einem solchen Reizzustande sich befindet, dass die Vorstellungen jedesmal eine übermässig starke sinnliche Lebhaftigkeit erhalten, so fragt es sich, ob überhaupt noch etwas Weiteres erforderlich wäre, um einen Wahnsinn herbeizuführen. Man könnte sagen, es sei dazu zunächst erforderlich, dass unser Denken eine verkehrte Richtung nähme, weil sonst die normalen Vorstellungen, nur mit dem Charakter grosser Deutlichkeit und Kraft entstehen könnten, aber keine der Wirklichkeit widersprechenden Vorstellungen. Indessen sollte nicht in dem täglichen Ablauf unserer Vorstellungen Gelegenheit genug gegeben sein, dass unter der gekennzeichneten Bedingung allein ein Wahnsinn eintreten könnte?

[1]) S. das Referat von *Wernicke* im Centralbl. f. d. mediz. Wissensch. 1878. S. 745.

Eine Vermuthung z. B., die an sich noch nicht gerade unsinnig zu nennen wäre, die wir aber bei kalter Prüfung doch aufgeben würden, nehme uns auf einmal mit der vollen Kraft der Ueberzeugung ein. Nach den erlernten Combinationen werden in uns verwandte Vorstellungen auftreten, solche, die, wenn die erste richtig wäre, auch zutreffen müssten. Wir schliessen aus unserer Erfahrung, oder wir tragen unsere Ueberzeugung in die gleichgültigste Beobachtung hinein, und sofort sind wir im Banne des neuen Schlusses. Auf dem Boden der Krankheit wiederholen sich die Sinneserregungen beständig, immer neue treten auf, um zu denselben wahnhaften Schlüssen zu führen. Die gesunden Vorstellungen sind zurückgedrängt, die Kritik ist aufgehoben. Da haben wir schon den Anfang des Wahnsinns. Aber in Wirklichkeit muss der Vorgang noch vielmehr erleichtert werden. Wir wissen, dass der Beginn des Wahnsinns, wenn er sich auch als in einem bestimmten Gehirngebiet localisirt darstellt, doch von einem Gefühl allgemeineren Ergriffenseins begleitet wird. Es treten meist zuerst widrige Selbstempfindungen auf, welche schon geeignet sind, als Keim eines Verfolgungswahns zu dienen. Oft besteht im Anfang eine allgemeine Erregung, welche die Besonnenheit mehr oder minder aufhebt. Und muss nicht, wenn auf das Bewusstsein alle Erregungen von der sensitiven Weise zu den Vorstellungen mit früher nicht gekannter Kraft zuströmen, die gewohnte Anschauungsweise, der geistige Halt und der Maassstab, mit dem wir neue Vorstellungen messen, aufgehoben werden? Wir müssen uns gewissermaassen schon in einer neuen Welt befinden, in welcher die alte Person ihre Rechte aufgegeben hat und die Bildung der neuen beginnt. Diese neue Lage des gesammten individuellen Vorstellungskreises ist kein unwesentliches Element des Wahnsinns. Sie bedeutet die gänzlich veränderte Anschauungsweise des Wahnsinnigen; sie bedeutet nicht den Verlust der alten Vorstellungen, aber doch ihre Modification durch die neuen, sei es in Folge der Accommodation an die Wahnvorstellungen oder, was wahrscheinlicher ist, in Folge einer secundären Veränderung der Rindenthätigkeit durch den Einfluss der veränderten Sinnesempfindung. Diese secundäre Affection der Rinde ist wahrscheinlich in der

Summe aller jener Veränderungen enthalten, die einzeln bei jeder Sinnesirritation die zugehörige Vorstellung veranlassen, sie besteht in der durch die krankhafte Sinnesthätigkeit herbeigeführten gleichmässigen Verschiebung der Rindenreizlage. Mancherlei Beobachtungen nöthigen zur Annahme eines solchen Zustandes. Er ist es, durch den sich der hypochondrisch Verrückte vom Hypochonder, der hallucinatorisch Wahnsinnige vom Gesunden, der eine Hallucination hat, unterscheidet. Zugleich aber folgt aus der gegebenen Erklärung der Zusammenhang der einzelnen Hallucination mit dem Wahnsinn; sie bildet nämlich zu diesem einen elementaren Ansatz. Ebenso werden sich durch das Fehlen jener die ganze Rinde betreffenden Verfassung die Zwangsvorstellungen von den Wahnideen unterscheiden. Bei den Zwangsvorstellungen ist offenbar die pathologische Erscheinung eng begrenzt; nicht die ganze Person ist verändert, die erhaltenen Vorstellungen gewähren die Einsicht in die Krankhaftigkeit der neuen, hier fehlen jene Veränderungen des Charakters, welche man an den Wahnsinnigen beobachtet und beispielsweise die häufige Gefühlsveränderung im Verkehr mit den Angehörigen. Diese veränderte Reactionsweise der Rinde kann man nicht als pathologisch im gewöhnlichen Sinne des Wortes, sondern nur als eine secundär veränderte Reizlage auffassen, bei welcher der Hauptnachdruck auf der primären Veränderung des Sinnesgebiets ruhen bleibt.

Indem also bei dieser Erklärung des Wahnsinns, deren psychologische Begründung ihr niemand zum Nachtheil anrechnen wird, weil die Natur des Gegenstandes es so mit sich bringt, als das wesentliche pathologische Moment ein Reizzustand des centralen Sinnesgebietes anzunehmen sein wird, könnte man der allgemeinen Annahme folgen, dass es ein besonderes Sinnhirn giebt, in welchem die Sinnesreize schon eine theilweise Verarbeitung (in Wahrnehmungen?) fänden. Wir können auf *Hagen* verweisen, der (l. c.) diese Annahme durch theoretische Gründe erhärtet und auf *Meynert*, dessen Zustimmung zu dieser Annahme durch seine Autorität auf dem Gebiete der Hirnphysiologie schwer genug wiegt. Die Haupt-

aufgabe würde dann einigen Stammganglien des Gehirns in einer näher nicht zu bestimmenden Abgrenzung zufallen.

Vergegenwärtigen wir uns zunächst genauer, wie sich die Rindenthätigkeit jenen gegenüber gestalten würde. *Hagen* hat mit Gründlichkeit nachgewiesen, dass die Vorstellungen nicht so unmittelbar mit den Hallucinationen in Verbindung stehen, dass die letzteren nur die sinnlich gewordenen Vorstellungen selbst wären. Andererseits ergiebt sich aber, dass dennoch von der Rinde in rückläufiger Richtung Reize auf das Sinnesgebiet ausgehen, welche dasselbe unter pathologischen Verhältnissen zu einer selbständigen Thätigkeit anregen. Solche rückläufigen Ströme würden aller Wahrscheinlichkeit nach an sich nur die Wirkung haben, die Sinnesperception zu unterdrücken. Wie *Meynert* den Modus der Hemmungswirkung durchaus plausibel macht, wird die Thätigkeit eines Rindenbezirks diejenige in der Nachbarschaft dadurch stören, dass der Innervationsstrom aus dem functionirenden Bezirk sich auf die Nachbarschaft in einer für diese rückläufigen Bewegung ausbreitet. Für die Erklärung der Abstumpfung der Sinnesperceptionen bei starkem Nachdenken sowie der Unfähigkeit auf etwas Neues einzugehen, wenn uns ein Gedanke sehr erfüllt, ist das eine brauchbare Vorstellung. Wenn nun aber zugleich beim Nachdenken die zugehörigen Sinnesempfindungen bis zu einem gewissen Grade wach werden, und wenn in Gehirnkrankheiten durch das Denken doch auch Sensationen und zusammengesetzte Hallucinationen, welche mit dem Inhalt der Vorstellungen eine deutliche Verwandtschaft haben, ausgelöst werden, so kann das nur dann verstanden werden, wenn man annimmt, dass der Strom, der von der Rinde kommt, doch keine rein negative Wirkung auf die tieferen Bahnen ausübt. Es wird erlaubt sein, anzunehmen, dass er nach Art der negativen Schwankung die Tendenz besitzt oder in der Bahn erweckt, in die umgekehrte Richtung, also jetzt wieder centripetal, umzugeschlagen. Auf andere Weise ist es kaum erklärbar, dass gewisse Hallucinationen ganze Unterhaltungen darstellen. Wie viele Wahnideen umgekehrt aus bestimmten selbständigen Hallucinationen hervorgehen, ist schwer zu sagen. Für diese gewiss nicht geringe Zahl würde die Rinde eine rein passive Rolle

spielen. Im Uebrigen wirkt sie anregend auf die Sinnesfunction ein, und wird ohne selbst von vorne herein pathologisch zu sein, in ihrer Thätigkeit von einem krankhaften Sinnesgebiete gewissermaassen irregeleitet.

Meynert hat nun statt den pathologischen Zustand direct in den centralen Sinnesabschnitt zu verlegen, um eben dahin zu gelangen, einen Umweg beschritten, der zwar sehr interessant mit ihm zu durchmessen, aber selbst nicht frei von schweren Hindernissen ist. Den Erregungszustand der centralen Sinnesthätigkeit macht er abhängig von der Schwäche der Rindenthätigkeit. Die Aufhebung der Hemmungswirkung der Rindenthätigkeit entfessele gewissermaassen die Kräfte der untergeordneten Centren, wie das ja für viele centralen Erscheinungen eine vortreffliche Erklärung ist. Nur leider scheint für den Wahnsinn Alles dieser Erklärung zu widersprechen. Die Rindenthätigkeit (die Intelligenz) ist ja im Wahnsinn gerade im Vergleich zu anderen Psychosen am wenigsten geschwächt. Sie leidet nur in secundärer Weise mit. *Meynert* glaubt diesem Einwande begegnen zu können, indem er eine zweite Annahme zur Hülfe nimmt (l. c. S. 53). „Das erhaltene Maass von Intelligenz bei Verrückten ist unter der Annahme verständlich, dass wahrscheinlich ein geregelter Ablauf im logischen Apparate des Vorderhirns eine minder intensive Arbeitskraft erfordert, als die Ausübung der Hemmungsacte." Diese Annahme leidet nun schon an der inneren Unwahrscheinlichkeit, dass die höher combinirte Thätigkeit, als welche der Ablauf im logischen Apparat gegenüber der Hemmungswirkung zu betrachten sein würde, wenn nicht beide dasselbe sind, später aufhörte als die niedere Function. Aber es müssten auch Psychosen, in welchen die Rindenthätigkeit viel augenscheinlicher darniederliegt, wie die Melancholie sich gerade durch einen ausgezeichneten Reichthum an Hallucinationen auszeichnen, was nicht der Fall ist. *Meynert's* complicirtere Annahme vereinigt sich also auch schwerer mit der gewöhnlichen Beobachtung. Die Hemmungstheorie kann Manches erklären, aber nicht soviel als *Meynert* geneigt ist anzunehmen. Damit in einem gesunden Nervengebiet solche abnormen Erscheinungen wie die Hallucinationen auftreten, dürfte kaum

die vollständigste Ausschaltung der Rinde hinreichen, wovon ja in den betreffenden Psychosen keine Rede sein kann. Die Hallucinationen tragen aber ebenso wie gewisse andere Symptome des Wahnsinns so deutlich den Charakter der pathologischen Reizung, dass man sie nicht anders als von einer selbständigen (entzündlichen?) Affection abhängen lassen kann. Man denke daran, dass Kranke, wenn sie aufgeregt sind, auch lebhafter hallucinіren, dass das Initial- und Höhestadium die zahlreichsten Hallucinationen neben der meisten Erregung darbietet. Lässt sich ferner annehmen, dass im chronischen Stadium, wo die Hallucinationen mehr zurücktreten, die Rindenthätigkeit wieder vollkommener und kräftig geworden ist, oder wird das nicht wahrscheinlicher davon herrühren, dass die Affection, aus der die Hallucinationen hervorgegangen waren, sich gemildert hat? Man vergleiche ferner die Hallucinationen in anderen Krankheitszuständen, beim Hitzschlag, beim Delirium tremens, wo man sie doch sicher nur als positive Reizeffecte ansehen wird. Auch die Hallucinationen in Folge von Inanition nach langem Fasten oder Blutverlust können wenigstens nicht dagegen angeführt werden. Denn wären sie hier Folge der Schwäche, so müsste sich dieselbe ebensowohl auf das centrale Sinnesgebiet als auf die Rinde erstrecken; dagegen sind ebenso wie die Inanitionsdelirien so auch die Hallucinationen in diesem Falle leicht als die Folge eines durch die mangelnde Ernährung hervorgerufenen Reizzustandes zu verstehen.

Bleiben wir also dabei stehen, dass es eine primäre Reizung im centralen Sinnesgebiete ist, welche die Erscheinungen des Wahnsinns veranlasst. Nur können wir uns in Bezug auf die Localisation dieses Gebietes durch *Hagen* und *Meynert* eines Bedenkens nicht erwehren. Es ist *Hagen* in seiner citirten Abhandlung unserer Meinung nach allerdings vollständig gelungen, den Nachweis zu führen, dass die Hallucinationen durch einen Reizzustand („Krampf‘ nach *Hagen*'s Ausdruck) in einem subcorticalen Gebiete entstehen. Weder die Sinnesnerven können alle vorkommenden Hallucinationen veranlassen, noch kann die psychische Thätigkeit der Rinde an sich in Hallucinationen übergehen. Aber lässt sich daraus folgern, dass diese Function bestimmt und allein gewissen Stamm-

ganglien (der Haubenbahn) zukomme? Diese Frage hängt zusammen mit der allgemeineren nach der Function dieser Ganglien bei der psychischen Thätigkeit überhaupt.

Man nimmt allgemein an, dass in den Ganglienlagern, welche zwischen den peripheren Nerven und der Rinde eingeschaltet sind (also auch im Rückenmark), die Sinneseindrücke bereits eine gewisse Umsetzung psychischer Art erleiden und erst in dieser Verarbeitung in die Rinde gelangen. Diese Annahme ging hervor aus der Thatsache, dass einmal diese Ganglienlager, die zum Theil mit Sinnesfunctionen belehnt sind, vorhanden waren, und dass die psychologische Sprechweise einen Unterschied in den primitiven geistigen Erscheinungen macht, welche eine Mittelstation zwischen der Sinneserregung und dem Reich der Gedanken zu erfordern schien. Nachdem die Begriffe lange sehr geschwankt haben, ist die gebräuchlichste Art, die psychischen Erscheinungen in Einklang mit der anatomischen Gliederung des Gehirns zu bringen, die geblieben, dass man sagt: aus der Erregung der äusseren Sinnesapparate entsteht in den Ganglien die W a h r n e h m u n g des Objectes als eines räumlichen Bildes; von diesem wahrgenommenen Sinnenbilde entsteht die V o r s t e l l u n g (nebst der Erinnerung und den aus vielen Bildern combinirten B e g r i f f e n) in der Rinde. Sucht man sich nun den Begriff der Wahrnehmung und Vorstellung klar zu machen, so gelingt es nicht, einen wesentlichen Unterschied zwischen beiden zu finden. Beiden gemeinsam ist bereits das Psychische. In der Wahrnehmung ist bereits aus der physikalischen Sinneserregung die Umsetzung in das erfolgt, wovon es uns so schwer wird, es als eine andere Art physikalischer Bewegung aufzufassen. Gehen wir tiefer zurück, so denken wir uns einen Nervenvorgang, den schon der Sinnesnerv leisten kann, gehen wir höher, so finden wir nichts als höhere Combinationen desselben Vorgangs. Mehr als e i n e primitive psychische Function brauchen wir nicht. Der ganze geistige Besitz des Menschen lässt sich nach unseren Kenntnissen nur als aufgebaut aus den zahllosen Wahrnehmungen der äusseren Umgebung verstehen [1].

[1]) Nebenbei bemerkt: auch das Causalgesetz; vergl. *Helmholtz*, die Thatsachen der Wahrnehmung. Berlin. Hirschwald 1878.

Aus den Wahrnehmungen resp. primitiven Vorstellungen vieler Einzelobjecte verbinden wir die ähnlichen Züge zu höheren Vorstellungen, welche wir als Begriffe bezeichnen. Die Mannigfaltigkeit der Vorstellungen und Begriffe an Zahl und Inhalt ist aber so gross, dass darin das ganze geistige, sogenannte logische Geschehen enthalten ist. Dass aber auch zugleich alle übrigen geistigen Qualitäten an dem Erregungsvorgang der Vorstellung haften müssen, darauf brauchen wir hier nicht weiter einzugehen. Ist aber in der psychischen Function nur eine primitive Function enthalten, so können wir für dieselbe auch nur ein einheitliches Organ voraussetzen. Wohl würde sich der Sprachgebrauch rechtfertigen, und wir glauben allein dieser, die Bezeichnung Wahrnehmung für einen gegenwärtigen bewussten Sinneseindruck, das Wort Vorstellung für die im Bewusstsein aufbewahrte Wahrnehmung, also die Wahrnehmung ohne die äussere Erregung der zuleitenden Fasern anzuwenden. Auch dann würde es ganz überflüssig sein, für die Vorstellung ein anderes Organ zu verlangen als für die Wahrnehmung; die reproducirte Vorstellung kann ja nichts weiter als das Residuum der activen Sinneserregung sein und muss also an demselben Organ haften, in welchem die primitive Wahrnehmung entstand. Wenn es sich aber fragt, welches Organ oder organische System am ersten für die einheitliche und doch so complicirte Leistung der psychischen Function geeignet ist, so kann dies nur die Rinde sein. Die Ganglien der Basis müssen entweder mit der Rinde gleiche Function haben oder solche, die mit der Wahrnehmung nichts zu thun haben, also reflectorische, combinatorische, hemmende Functionen, oder endlich sie müssen zugleich diese letzteren und Rindenfunctionen haben. Von alle dem wird jedenfalls als die Regel, gewissermaassen das Schema anzusehen sein, dass die Rinde die psychische Thätigkeit, die Ganglien die Combination der Sinneseindrücke und der Bewegungen zu bewirken haben.

Soweit bis jetzt festgestellt ist, stehen die Fasern der Sinnesnerven zum grössten Theil mit den Ganglien in Verbindung. Aber nicht alle diese Fasern brauchen darum wirklich durch Ganglienzellen unterbrochen zu sein. Sie können sehr

wohl zum Theil ununterbrochen durch die Ganglien weiter ziehen. Viele Fasern müssen das eine Mal die Erregung direct aufwärts leiten, das andere Mal seitwärts mittheilen können. Vom Olfactorius hat man einen Theil der Fasern direct in die Stirnrinde verfolgt, eine Thatsache, die offenbar für die Entstehung der Wahrnehmung mehr wiegt als die überwiegenden Verbindungen der Sinnesnerven mit den intermediären Ganglien. Endlich haben die Thierversuche an der Rinde ergeben, dass die Rinde Sinnesvorstellungen enthält. Sehr interessant sind die neueren Ergebnisse, die *Munk* erhalten hat, dass nämlich die vordere Rindensphäre, welche er als die „Fühlsphäre" bezeichnet, die Empfindungsqualitäten in einer vierfachen Abstufung enthält, welche je nach der Tiefe der Rindenverletzung nach einander verschwinden. Darnach ist es erlaubt sich vorzustellen, dass die höchst combinirten Vorstellungen in den obersten Zellenlagen der Rinde, die einfacheren tiefer abwärts ihren Sitz haben.

Ist dies die wahrscheinlichste Erklärung des psychischen Mechanismus, so verlieren die Ganglien die Bedeutung als vorbereitende psychische Organe und damit zugleich die Aufgabe, der privilegirte Sitz der Hallucinationen zu sein. Es kommt dann nur darauf an, dass irgend ein Theil oder das ganze zuleitende Gebiet unterhalb der Rinde in einem Reizzustande sich befindet, damit die Rinde gerade wie auf eine äussere Sinneserregung reagirt, damit die Rinde so zu sagen glaubt, eine gegenwärtige Sinneswahrnehmung zu machen, das heisst also, dass sie hallucinirt. Die Wirkung von Krankheiten der Sinnesapparate wird darin gleich sein derjenigen eines analogen Zustandes im Stabkranze und den Stammganglien. In allen Fällen wird in der Rinde derselbe Vorgang eintreten, der normaler Weise durch die äussere Sinneserregung eintritt. *Meynert* anerkennt diese Folgerung mit den Worten: „die Rinde wird durch einen auf die Identität der Eindrücke gegründeten Schlussprocess die subjectiven Erregungen als von der Aussenwelt herstammend aufnehmen".

Wenden wir diese Anschauung auf den Wahnsinn an, so besteht keine Nöthigung, den primären Reizzustand gerade in die Stammganglien zu verlegen, sondern wir würden zu sagen

haben, dass es das ganze subcorticale sensitive Gebiet ist, dessen Erkrankung die eigenthümlichen Erscheinungen des Wahnsinns hervorruft. In Folge dieses Reizzustandes entstehen in der Rinde die Wahnideen und die Hallucinationen. Der leichtere Reiz drängt der Rinde die Wahnvorstellung auf, der stärkere die volle sinnliche Wahrnehmung, das ist die Hallucination. Man wird es bei dieser Darstellung nicht als eine besondere Schwierigkeit bezeichnen können, dass der Reizzustand, welcher Art er auch sei, wahrscheinlich nicht allein die sensitiven, sondern auch die benachbarten motorischen Bahnen ergreifen werde. Der scheinbare Widerspruch, der darin liegt, dass bei der psychischen Hirnerkrankung sich in der grossen Mehrzahl der Fälle die motorischen Functionen nicht tief oder gar nicht verändert finden, während man sich doch kaum denken kann, dass sie nicht in gleichartiger Weise wie jene afficirt sind, trifft bei allen selbständigen Psychosen zu. Zur Lösung desselben müssen wir annehmen, dass der pathologische Vorgang von solcher Feinheit ist, dass er wohl die psychischen Functionen, aber nicht die gröberen motorischen zu verändern vermag.

Der Gegensatz des Wahnsinns zu den früher so bezeichneten „Primärzuständen" wird natürlich durch die Annahme des Localisationsunterschiedes verschärft, und wir können folgerecht um so weniger an einen Zusammenhang beider glauben. Es könnte denn nur ein zufälliger Zusammenhang sein, wie etwa auf eine reine Melancholie einmal eine Paralyse oder auf eine Pleuritis eine Pneumonie folgen kann. Mit Vorbehalt dieses Falles stimmen wir der Bemerkung *Westphal's* bei (l. c.), dass sich „aus reiner Melancholie niemals Verrücktheit" entwickle, und wir müssen sagen, dass *Snell*, indem er bei der Aufstellung der verschiedenen Wahnsinnsformen den Zusammenhang mit den Melancholieen und Manieen nicht ganz aufgiebt, nicht scharf genug verfahren ist. Er bezeichnet zwar selbst den Wahnsinn nach Melancholie, Manie und Epilepsie als den uneigentlichen und führt aus, dass diese secundäre Form etwas Unbestimmtes und oft die Tendenz habe, doch noch frühzeitig in geistige Schwäche überzugehen. Sofern nicht der erwähnte Fall eintrifft, dass zufällig

verschiedene Dinge nach einander folgten oder dass von vorne herein echte Fälle von Wahnsinn vorliegen, in denen die anfängliche Melancholie oder Tobsucht nur ein missverstandenes äusseres Gepräge sind, würden wir diese Fälle von Pseudowahnsinn richtiger als Verwirrtheit“ in den Verlauf der Typica zu placiren haben. Die Unterschiede, die *Snell* unter dem eigentlichen („primären“) Wahnsinn macht, sind mit practischem Blick getroffen; dass sie nicht tiefer in die pathologischen Erscheinungen einschneiden, liegt wahrscheinlich an der Natur des Gegenstandes, der für eine schärfere Erfassung noch grosse Schwierigkeiten bereitet. Er unterscheidet mit Recht einen acuten und einen chronischen Verlauf. In eine dritte Gruppe stellt er die Fälle, in denen es nicht gelingt, Hallucinationen nachzuweisen. Man kann, wie *Snell* auch bemerkt, nicht behaupten, dass die Unmöglichkeit des Nachweises auch wirklich die Abwesenheit der Hallucinationen beweist. Die Kranken verbergen bekanntlich ihre Hallucinationen oft mit consequenter Beflissenheit. Die überaus verbreitete Häufigkeit der Hallucinationen im Wahnsinn zu irgend einer Zeit seiner Entwickelung lässt daher noch in jedem Fall ihr Vorhandensein präsumiren. Die Beobachtungen müssen sehr zahlreich sein, wenn es gelingen soll, allen Zweifel hierüber zu heben. Je schleichender der Krankheitsverlauf ist, desto eher ist es denkbar, dass Hallucinationen fehlen. Von den ausgeprägten Sinnestäuschungen giebt es aber fliessende Uebergänge zu den schwächeren Sinneserregungen, und man findet oft mit oder ohne gleichzeitige deutliche Hallucinationen unbestimmte Geschmacks- und Gefühlsempfindungen, Illusionen, endlich so lebhafte Vorstellungen, dass man annehmen muss, dass bei ihnen der normale Antheil der Sinnesperception in krankhafter Weise gesteigert ist. In irgend einer Weise also dürfte die krankhafte Sinneserregung stets betheiligt sein, ein Grund mehr, von der Aufstellung der dritten Unterart *Snell's* abzusehen.

Die Unterscheidung nach dem Grade und der Zeit hat auch *Westphal* gemacht. Es giebt nach ihm eine Entwickelung des Wahnsinns „aus plötzlich — anscheinend in voller Gesundheit — mit grosser Gewalt und in grosser Ausdehnung

aufspringenden Hallucinationen". In der That kann man die Hallucinationen in diesen Fällen als die wesentlichste Erscheinung und die hauptsächliche Quelle der Erregung der Kranken betrachten. Diese Art des Verlaufs ist besonders bemerkenswerth wegen ihrer Aehnlichkeit mit der Tobsucht (oder Manie) und eine gewisse Annäherung an dieselbe ist nicht zu verkennen. Man kann sie aber von derselben unterscheiden durch das Ueberwiegen der Hallucinationen, welche alsbald in entsprechende mehr wechselnde Wahnideen übersetzt werden, und durch die mit der motorischen Unruhe auffällig contrastirende Erhaltung der Besonnenheit und Ueberlegung. Das ganze Gehirn ist indessen in diesen Fällen offenbar in stärkerem Maasse afficirt, und es erklärt sich, dass im Unterschiede von den chronischen Fällen die geistige Kraft eher leidet und öfter eine an Blödsinn grenzende Schwäche eintritt. Auch konnten wir nicht beobachten, dass in den stürmisch verlaufenden Fällen die Wahnideen den gewöhnlichen Uebergang von Verfolgungs- zu Grössenideen innehielten. Es scheint hierzu ein ruhigerer Krankheitsverlauf erforderlich zu sein, der die logische Verarbeitung der krankhaften Eindrücke gestattet. Indessen treten die Grössen- und Verfolgungsideen manchmal ziemlich gleichzeitig und in einer Mischung auf, dass man die Möglichkeit zugeben muss, dass dieselben auch ohne logischen Zusammenhang autochthon aus der Hirnveränderung hervorgehen. Immerhin bildet ihre Verbindung eine so charakteristische und häufige Erscheinung, dass man sie wohl als das typische Schema bezeichnen kann, nach welchem die Wahnvorstellungen im Wahnsinn, vornehmlich in seiner reinen chronischen Form auftreten. *Westphal* hebt aber an erster Stelle die Entstehung des Wahnsinns aus der Hypochondrie oder allgemeiner ausgedrückt unter der Gestalt hypochondrischer Sensationen und Befürchtungen mit gebührendem Nachdruck hervor. Die hypochondrische Verrücktheit nimmt bei ihm die erste Stelle seiner Eintheilung ein, an die zweite tritt erst die in chronischer Weise ohne hypochondrische Basis sich entwickelnde Form. Die Art, wie er neben diese beiden die erwähnte acute Form stellt, scheint uns das Verhältniss derselben unter einander nicht so bestimmt auszudrücken, als es möglich ist.

Man kann nämlich auch vom hypochondrischen Wahnsinn die acutesten Fälle beobachten, wo die Kranken klagen, kein Herz, keine Lungen zu haben, versteinert zu sein und dabei in der angstvollsten Erregung laut toben und oft die Nahrung verweigern. Es scheint uns daher natürlicher, statt die erwähnten drei Formen in gleichartiger Trennung neben einander aufzuführen, zwei Formen anzunehmen, eine einfache und eine hypochondrische, von denen jeder eine acute und eine chronische Verlaufsart zukommt. Wir müssen aber bemerken, dass wir beim hypochondrischen Wahnsinn ein Element zu unterscheiden haben, welches sich nicht ohne weiteres in die allgemeine Reactionsform des kranken Gehirns auflösen lässt. Die Hypochondrie ist wie die Hysterie und Epilepsie eine eigene Krankheit, und wenn sich mit Symptomen, die einer von ihnen angehören, ein Wahnsinn entwickelt, so ist derselbe nicht mehr rein, sondern mit einem neuen Momente complicirt. Es genügt auch nicht, dagegen geltend zu machen, dass sich der hypochondrische Wahnsinn im Stadium des Verfolgungswahns meist nicht mehr von anderem Verfolgungswahn unterscheiden lasse. Die Art der Entwicklung entscheidet hier mehr als der spätere Verlauf. Es kann daher nicht zweifelhaft sein, dass es richtiger ist, den hypochondrischen Wahnsinn als eine deuteropathische Psychose zu beschreiben, und er findet eine ganz passende Stelle dort, wo ihm *Morel* einen Platz angewiesen hat, nämlich unter den Psychosen, die „par transformation de certaines nevroses“ entstehen. Wir hätten somit erst eine reine Wahnsinnsform gefunden, jedoch mit einer acuten und einer chronischen Unterart.

Im Weiteren schliesst sich *Westphal* der Mittheilung *Sander*'s über diejenigen Kranken an, deren ausgeprägte neuropathische Constitution in der Regel zur Zeit der Pubertätsentwickelung in Wahnsinn überleitet. Die Möglichkeit, die vorbereitenden Symptome dieser Form soweit in die Jugend und selbst in das Kindesalter zurückzuführen, während der Ausbruch oft erst später erfolgt, die mancherlei nervösen und geistigen Eigenthümlichkeiten dieser Kranken sind von *Sander* in sehr gelungener Weise zur Absonderung einer eigenen Gruppe benutzt worden, die er als „originäre Verrücktheit“ bezeichnet hat. Man darf sich

aber nicht wundern, wenn die Merkmale derselben in ihrer Anwendung einige Schwierigkeiten bereiten, die daraus hervorgehen, dass die geistige Prädisposition sich in unmerklichen Uebergängen bis zur völligen Unkenntlichkeit abstuft, während doch zugleich noch nicht jede kleine ererbte oder nicht ererbte Abnormität hinreicht, um die Verrücktheit (den Wahnsinn) zu einer „originären" zu machen. Wenn wir auch eine Abschätzung der Häufigkeit der erblichen Uebertragung beim Wahnsinn noch nicht besitzen, so ist doch höchst wahrscheinlich anzunehmen, dass die Erblichkeit hier, wenigstens in den Fällen mit chronischer und subacuter Entwickelung eine sehr bedeutende Rolle spielt. Es bleiben aber doch Fälle übrig, deren Geschichte charakteristische Züge genug enthält, um *Sander*'s Aufstellung zu rechtfertigen. Auf der anderen Seite sind diese originären Züge nicht etwas so Fremdartiges, welches die Gemeinschaft mit den reinen Wahnsinnsformen zu stören vermöchte.

Anders verhält es sich in dieser Beziehung mit einem Krankheitselemente, welches nicht wie die originäre Disposition mehr oder minder in allen Fällen angenommen werden kann, sondern dessen Vorhandensein jedesmal bestimmt festzustellen ist und sich in scharfer Weise in den Symptomen äussert. In demselben Bande, in welchem *Westphal*'s Mittheilung steht, hat *Nasse* Beobachtungen über den „Verfolgungswahnsinn der geistesgestörten Trinker" veröffentlicht. Wer in den Psychosen seine Ansprüche an die Diagnose der Formen auf das Maass beschränkt, welches der Natur der Sache entspricht, der wird diesem „Trinkerwahnsinn" seine Anerkennung nicht versagen können. Ein Alcoholist, der in Form des Wahnsinns erkrankt, verdiente schon an und für sich als ein Fall sui generis betrachtet zu werden. Die Rücksicht auf die Therapie und Prophylaxis machen es höchst wünschenswerth, auf diese Fälle einen solchen Nachdruck zu legen, wie er nur durch eine eigene Bezeichnung bewirkt wird. Den ätiologischen Merkmalen hat man oft keinen wissenschaftlichen Unterscheidungswerth beimessen wollen. Aber eine Ursache von irgend eingreifender Wirksamkeit ist auch von bestimmendem Einfluss auf den pathologischen Vorgang, und es ist nicht unberechtigt, da wo dieser Einfluss nicht deutlich am Tage liegt, zu erwarten, dass es mit der Zeit gelingen werde, die Eigenthümlichkeit der Erscheinungen und des anatomischen Vorgangs gründlicher kennen zu lernen. Bei den Fällen, wie sie *Nasse* beschreibt, kommt aber schon ein bemerkenswerthes Ensemble von Erscheinungen zu Tage. Somatische Symptome wie Atherom des Gefässsystems, rheumatoide Schmerzen, leichte Muskelparesen weisen in der Regel schon auf das hauptsächlichste ätiolo-

gische Moment zurück. Die Hallucinationen und die Erregung sind sehr lebhaft, die Ideen bewegen sich mit Vorliebe auf dem religiösen, hauptsächlich aber dem geschlechtlichen Gebiete. Bei den Verheiratheten beobachtet man deshalb fast stets den Wahn, an den ehelichen Rechten betrogen zu sein. Die Affecte sind, wie *Nasse* hervorhebt, wechselnd und von geringer Energie. Entsprechend dem sehr stürmischen Charakter der Entwickelung in der Mehrzahl der Fälle tritt oft eine erhebliche geistige Abstumpfung ein, und die Prognose ist auch relativ zu der sehr dubiösen Aussicht des Wahnsinns überhaupt ungünstig. Den in diesem Bilde am meisten hervorstechenden Zug des Wahns der ehelichen Untreue haben wir früher[1]) dadurch zu erklären versucht, dass man annimmt, der anhaltende Genuss alcoholischer Getränke verursache einen Reizzustand in der Genitalsphäre (Genitalien selbst oder Rückenmarkscentren), wovon sich die Empfindung stetig den Gedanken beimischt. Es ist das derselbe Vorgang, den *Griesinger* als Mitempfindung bezeichnet hat, und der häufig genug in der Pathologie der Psychosen beobachtet werden kann. Zugleich haben wir an derselben Stelle zwei Fälle von alcoholischem Wahnsinn mitgetheilt, welche eine so langsame Entwickelung und zugleich einen so ausgeprägten Charakter zeigten, dass wir uns trotz der geringen Zahl der Beobachtungen für die Aufstellung auch einer chronischen Form des alcoholischen Wahnsinns aussprechen mussten.

Eine Psychose wie der Wahnsinn der Trinker gehört aber nicht mehr zu den uncomplicirten Psychosen, er ist keine idiopathische Psychose des Gehirns, denn er hat seine Wurzel nicht in den Gesetzen des Gehirnlebens allein, sondern in dem Einflusse eines fremden Agens. Wir glaubten seiner hier dennoch erwähnen zu sollen, um ihn von Neuem der Aufmerksamkeit der Fachgenossen zu empfehlen.

Wir finden schliesslich, dass *Westphal* noch einer Form gedenkt, deren Einordnung unter den idiopathischen Wahnsinn aus anderen Gründen Widerspruch hervorzurufen im Stande ist. Die „abortive Form der Verrücktheit“, ein Symptomenbild, das in den letzten Jahren unter den Bezeichnungen „Grübelsucht“, „Zwangsvorstellungen“, „Folie du doute“, „Folie avec conscience“ näher bekannt geworden ist, trägt ein vom Wahnsinn so verschiedenes äusseres Gewand, dass ein oberflächlicher Blick gar keine Aehnlichkeit zwischen beiden erkennen würde. Denn hier sehen wir keine systembildenden Irren, keine in ihren Beziehungen zur Familie und zur Gesellschaft ganz verwandelten Phantasten, sondern hier haben wir besonnene Kranke, die meist im Stande sind, ihren Geschäften nachzu-

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 35, S. 219.

geben, für die die Welt und die Familie das geblieben sind, was sie ihnen waren, Kranke, welche die Ideen, die sich ihnen zwangsmässig aufdrängen, als krankhaft erkennen und, wenn sie dieselben nicht mehr beherrschen können, lebhaft über die Belästigung klagen. Die Krankheitsbilder, um die es sich hier handelt, sind gewiss aus den jüngsten Beschreibungen noch im allgemeinen Gedächtniss [1]). Eine Differenz in der Auffassung besteht unter Anderem in der auf deutscher Seite betonten Persistenz der Krankheit auf der Stufe der zwangsmässigen Fragen, Vorstellungen und oft entsprechenden Handlungen gegenüber dem von *Legrand* geschilderten Uebergang in die schwereren Zustände, in welchen die Kranken von der Furcht vor Berührung überwältigt in beständiger ängstlicher Spannung jede Annäherung fürchten und regungslos in der Ecke sitzen. Zunächst dürfte festzustellen sein, ob zwischen den von *Griesinger*, *Westphal*, *v. Krafft-Ebing* u. A. mitgetheilten Fällen und Krankengeschichten *Legrand du Saulle*'s eine Verwandtschaft besteht. Dass dies durchaus der Fall ist, lässt sich nicht verkennen. Auf beiden Seiten handelt es sich um eine Veränderung im Ablauf der Vorstellungen, welche etwas Krampfartiges hat. Gewisse Gedanken, meist Fragen tauchen bei einem nervös nicht intacten Menschen von selber oder nach einer heftigen Gemüthsbewegung auf, um ihn nicht wieder zu verlassen. Sonstige schwerere psychische Veränderungen und Sinnestäuschungen treten nicht auf. Ob die Gedanken in Frageform auftreten, ob der Kranke das Problem aufstellt: warum dreht sich die Erde? oder ob nicht das warum sondern die Thatsache selbst ihm fraglich ist, sodass er fragt:

---

[1]) Eine Zusammenstellung der hauptsächlichen bezügl. Literatur in Folgendem:

Casper, Denkwürdigkeiten zur mediz. Statistik. Berlin 1846. S. 165.

Griesinger, Arch. f. Psych. I. S. 627.

Meschede, Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 28, S. 390.

Berger, Archiv f. Psych. VI. S. 217 und VIII. S. 617.

Westphal, Berl. klin. Wochschr. 1877 No. 46 und Archiv f. Ps. VIII. S. 734.

v. Krafft-Ebing, Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 35, S. 303.

Annales medicopsychol. 1876. Märzheft.

Legrand du Saulle, La folie du doute (avec délire du toucher). Paris. Delahaye. 1876.

dreht sich die Erde?; ob er sich nur immer eine Thatsache vorstellen muss, z. B. das Bild eines Erhängten, von dem er hat erzählen hören oder einen obscönen Vorgang, oder ob sich zu der Vorstellung auch die entsprechende Handlung gesellt, wie bei jenem Kranken, der alle Thürschilder, die er sah, von rückwärts lesen musste, darin kann kein wesentlicher Unterschied begründet sein. In allen Fällen liegt ein Zwang im geistigen Geschehen vor, und zwar drängt sich jedesmal im Grunde eine Vorstellung auf von einfach sinnlicher Art oder eine zusammengesetzte, an welche sich die Frage oder der Trieb anknüpfen kann. Diese Anknüpfung weiterer Vorgänge an die erste Vorstellung hat nichts Wunderbares an sich, sie erklärt sich aus dem Gang der gewöhnlichsten geistigen Associationen. Wenn z. B. jemand von Scheintodten erzählen hört, so hält es jeder für überflüssig noch zu erklären, wie es kommt, dass er darnach sich vor der Gefahr, auch scheintodt begraben zu werden, fürchtet, und dass, wenn sich ihm dieser Gedanke in krankhafter Weise beständig aufdrängt, ihn diese Furcht nicht verlässt. Oder ein nervös disponirter Mensch hört eine Predigt über die Ewigkeit. Dieses geheimnissvolle Wort drängt sich ihm stets von Neuem auf, wie kann er anders als darüber grübeln, wie er sich die Ewigkeit vorzustellen habe? u. s. w. Ebenso erklärlich ist der Reiz, den es für einen Kranken hat, eine aufdringliche Vorstellung in die That zu übersetzen, z. B. ein werthvolles Schriftstück zu zerreissen oder jemand zu verletzen, wenn er beständig von der Vorstellung des Zerreissens oder der Verletzung verfolgt wird.

Von den französischen Autoren und anfänglich auch von den deutschen ist auf die Unsicherheit im Gemüth der Kranken, auf die Fragesucht das Hauptgewicht gelegt worden. *Legrand du Saulle* sagt, das Eigenthümliche der geistigen Verfassung sei, dass der Kranke zweifle („il doute"). Man kann zu solcher Auffassung leicht gelangen, weil sich an die Zwangsvorstellungen meist — anscheinend fast mit Nothwendigkeit — die Unsicherheit, die Fragesucht anknüpft und die Kranken über diesen quälerischen Triebe besonders viel klagen. Sie merken nicht, mit welcher Schnelligkeit aus der Vorstellung die Frage

ob? wie? warum? entsteht. In den meisten Fällen lässt sich erkennen, dass sich erst eine bestimmte Vorstellung bildete, an die sich die ängstlichen Fragen anschlossen. Man wird aber auch in den Fällen, wo anscheinend von vorne herein die Frage auftritt, nicht beweisen können, dass erst ein unbestimmter Fragetrieb in der Seele gewesen, der sich dann auf einen bestimmten Gegenstand geworfen hätte. Nehmen nun die Fragen und die damit verbundenen Befürchtungen überhand, so ist nicht zu verwundern, dass der Kranke überall und bei Allem, was er thut, die Gefahr vor Augen hat. Ein solcher Kranker kann dann wohl in die Verfassung gerathen, wie sie von *Legrand* als das dritte Stadium beschrieben worden ist. Es scheint demnach davon abzuhängen, ob die Zwangsvorstellungen vereinzelt bleiben oder sich nach allen Richtungen im Bewusstsein verbreiten, damit entweder das Bild blosser Zwangsvorstellungen oder des délire du toucher zu Stande kommt. Für viele Fälle mag *Legrand*'s Ansicht zutreffen, dass von den einzelnen Zwangsfragen die Krankheit mit der Zeit doch noch weiterschreiten werde. Aber nachdem sich in Deutschland die Beobachtungen gehäuft haben, wonach dies während sehr langer Zeit nicht der Fall war, so ist es ungewiss, welcher Fall als der gewöhnliche anzusehen ist.

Die hauptsächlichsten Eigenthümlichkeiten bewahren die Fälle aber auch in dem fortgeschrittensten Stadium, Eigenthümlichkeiten, nach denen dieselben einerseits von allen bekannten grösseren Psychosengruppen am ersten zwar dem Wahnsinn zuzugesellen sind, andererseits aber auch eine Stellung ganz für sich in Anspruch nehmen. Denn allerdings liegt hier wie beim Wahnsinn die Hauptveränderung im Vorstellen. Aber das sinnliche Element macht sich durch nichts besonders bemerkbar. Hallucinationen kommen nach allen Beobachtungen nicht vor. Sodann fehlt ganz der Glaube an die Realität der Befürchtungen, diese wichtige Erscheinung im Wahnsinn; die Kranken behalten ihren Charakter, so lange sie sich gesellig bewegen, bei und bleiben doch so zu sagen mit ihrem Denken und Fühlen auf der gemeinen Welt.

Es will nicht viel sagen, wenn man statt einer Deduction aus mehreren Erscheinungen eine einzige Krankheits-Erschei-

nung in einen physiologischen Ausdruck zu bringen sucht. Man wird aber den wesentlichen Vorgang im Vorstellen bei den Zwangsvorstellungen auf einen krankhaften Zustand gewisser oberster Bezirke der Rinde beziehen dürfen; und so unbestimmt diese Anschauung ist, so verstärkt sie doch auch nicht die Meinung von der Zusammengehörigkeit der Zwangsvorstellungen mit dem Wahnsinn, bei dem die Rinde als secundär afficirt erscheint. Wir werden daher gut thun, die Frage nach der engeren Zusammengehörigkeit dieser Zustände noch offen zu lassen. Es ist wohl möglich, dass sich zu ihnen in Zukunft noch andere Beobachtungen gesellen werden, mit denen sie eine deutlicher abgegrenzte Gruppe bilden. Solche Beobachtungen werden sich aus dem Bereiche der feineren geistigen Veränderungen erwarten lassen, über die wir noch in mannichfacher Richtung unaufgeklärt sind. Wir kennen schon in der Agoraphobie einen Zustand dieser Art, der sich von den gewöhnlichen Psychosen weit entfernt und eine gewisse Verwandtschaft mit den Zwangsvorstellungen verräth.

Im Interesse der systematischen Anordnung lässt sich aber für den Wahnsinn und die Zwangsvorstellungen wenigstens soweit ein gemeinschaftlicher Gesichtpunkt gewinnen, dass sie unter demselben vereinigt sich den früher erwähnten Psychosen gegenüberstellen lassen. Es wird genügen, wenn wir zu diesem Zwecke solche psychologische Merkmale benutzen, in denen sich der physiologische Mechanismus des Gehirns wiedererkennen lässt. Der hauptsächliche symptomatische Unterschied liegt aber, wie erwähnt, darin, dass im Wahnsinn vorzugsweise nur der Vorstellungsinhalt verändert ist, während in den übrigen idiopathischen Psychosen mehr oder minder die ganze geistige Thätigkeit nicht so sehr dem Inhalte als dem formalen Ablaufe nach leidet. Im Wahnsinn arbeitet die Rinde mit gefälschtem Material; der essentielle Gehalt der psychischen Thätigkeit, wie er von den Sinneswahrnehmungen geliefert wird, ist gefälscht, und das lässt sich in gewissem Grade auch von den Zwangsvorstellungen sagen. Dagegen ist der Inhalt der Vorstellungen bei der Melancholie, Manie und den verwandten Zuständen nur secundär und unwesentlich beeinflusst, er kann nicht sowohl verändert als frühzeitig zum Verschwinden

gebracht werden. Die Hauptveränderung betrifft hier den formalen Ablauf der Geistesthätigkeit, welche im Ganzen zu schnell oder zu langsam vor sich geht. Es lassen sich daher die Typica u. s. w. sehr wohl als formale Geistesstörungen, dagegen der Wahnsinn und die Zwangsvorstellungen als essentielle Störungen bezeichnen. Man muss nur nicht verlangen, dass nicht auch bei den letzteren in nebensächlicher Weise und episodisch formale Veränderungen vorkommen dürften. Es würde sich dann die Disposition der abgehandelten Formen folgendermaassen gestalten:

Die idiopathischen Geistesstörungen zerfallen in:

Erste Hauptgruppe: die formalen Geistesstörungen; hierher gehören die früher zusammengestellten Formen.

Zweite Hauptgruppe: die essentiellen Geistesstörungen:

1. Wahnsinn,
   a) in acutem Verlauf,
   b) in chronischem Verlauf,
   c) originärer Wahnsinn,
2. Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen,
   a) Maladie du doute (avec délire du toucher) deutsch: Grübelsucht (mit Ansteckungswahn),
   b) abortive Form.

Man wird bemerken, wie in dieser Anordnung die Bezeichnung „abortive Form“ einen etwas veränderten Sinn erhält. Sie bedeutet nicht mehr, dass die Form abortiv in Bezug auf den Wahnsinn, sondern in Bezug auf die maladie du doute ist; sie bildet einen Anfall, eine Stufe zu der Krankheit, in welcher das Vorstellungsleben gänzlich von den Zwangsvorstellungen unterdrückt ist. Die generelle Bezeichnung „Geistesstörung durch Zwangsvorstellungen“ ist *v. Krafft-Ebing* entlehnt und empfiehlt sich, weil sie nichts präjudicirt. Ueber die Stellung der „Platzangst“ müssen wir uns noch weiterer Erörterungen enthalten. Im Uebrigen hätten wir hiermit in der Hauptsache einen nicht unwesentlichen Theil der Geistesstörungen, man kann sagen, die eine kleinere Hälfte derselben durchmustert.

Die andere Hälfte setzt sich aus den Sonderformen zu-

sammen, welche ihren Charakter durch irgend ein wichtiges neues Element erhalten, durch eine specifische Ursache, eine durch Krankheit oder einen besonderen physiologischen Zustand bedingte Veränderung der kranken Person oder einen eigenartigen Gehirnvorgang. Der letztere Fall trifft zu bei der progressiven Paralyse. Wenn sich auch von den reinen Formen nach der Paralyse hin Uebergänge finden, so halten wir es doch für richtiger, sie von diesen zu trennen, weil sie ein Begriff von mannigfachem, noch der Sonderung bedürftigen Inhalte ist, und weil bei ihr die Erscheinungen der diffusen, eigentlich psychischen Gehirnerkrankung durch den eingreifenden pathologischen Vorgang zu sehr verwischt werden. Je besser wir unsere Kranken kennen lernen, desto mehr werden wir voraussichtlich die Classe der idiopathischen Störungen zu Gunsten der zweiten, der deuteropathischen, einschränken. Doch ist nicht zu erwarten, dass wir sie je ganz aufgeben werden. Der Vergleich mit den früher als nervöse Krankheiten des Auges und Ohres bezeichneten Störungen, die sich später in palpable Formen aufgelöst haben, wäre hier nicht zutreffend. Stets wird ein Stamm von Normalpsychosen übrig bleiben, die in der diffusen (psychischen) Erkrankung eines sonst unbeeinflussten Gehirns bestehen. Symptomatisch kennen wir diese in leidlichem Maasse, aber in tieferem pathologischen Grunde können wir nicht viel mehr als in blassen Zügen ihre Grenzen andeuten. Wo es aber nicht gelingt, einen Krankheitsfall unter eine der bekannten idiopathischen Formen einzureihen, da ist zu vermuthen, dass eine complicirte (deuteropathische) Form vorliegt, deren Grundzüge vielleicht noch in keinem Lehrbuche gegeben sind.

Ueber progenee Schädelformen bei Geisteskranken.

Von

S.-R. Dr. Fraenkel,

Direct. d. Landes-Irrenanstalt bei Bernburg.

Seitdem Professor *L. Meyer* in Göttingen seine bekannten Beobachtungen an sogenannten progeneen Schädeln (Crania progen(a)ea in *Griesinger*, Archiv für Psychiatrie, Bd. I. 96) und damit eine neue für die Degeneration des Gehirns bedeutungsvolle Form im Jahre 1868 veröffentlicht hat, ist von psychiatrischer Seite, meines Wissens, nichts wieder über diesen Gegenstand bekannt geworden.

Auch die Berichte aus den Idiotenanstalten, den reichsten Fundgruben für die Entartungszustände, schweigen darüber; nur *Kind* in Langenhagen erwähnt sie in seinem Aufsatz über Längenwachsthum der Idioten (Archiv für Psychiatrie, Bd. V.). Allerdings hat *Virchow* gezeigt, dass die progenee Schädelform nicht alleiniges Eigenthum kranker Gehirne ist, sondern auch bei geistesgesunden Individuen, ja sogar bei einer ganzen Raçe, bei den chamäocephalen Friesen, gefunden wird, welche in der Geschichte zwar als naiv, doch nicht als ein besonders verkümmertes Geschlecht gegolten haben (vgl. Tacit. Annal. 13, 54). Mit einiger Aufmerksamkeit auf die auffallende Gesichtsbildung wird es nicht schwer fallen, sogar auf den Strassen Vertreter jener Form herauszufinden. Mir selbst sind mehrere nicht blos geistig und körperlich gesunde, sondern sogar hochbegabte derartige Persönlichkeiten in so flüchtiger Weise bekannt geworden. Gleichwohl war es mir Jahrelang nach *L. Meyer*'s Veröffentlichung nicht gelungen, diese Ge-

sichtsform bei mehr als einigen Kranken zu finden. In den letzten 3 Jahren häufte sich indess die Zahl der Progeneen derart, dass ich nur nach oft wiederholter Untersuchung das Vorhandensein des Zustandes als constatirt annahm.

Das vorstehende Kinn kennzeichnet sich dadurch, dass die Schneide- und Eckzähne des Oberkiefers, welche bei normalem Bau die des Unterkiefers überragen, bei geschlossenem Munde entweder hinter den letzteren stehen, oder dass die freien Ränder beider Reihen aufeinander treffen.

Halten wir an der gegebenen Definition mit Strenge fest, so zeigt sich in vielen der unten näher zu beschreibenden Fälle eine bedeutende Abweichung von dem, was *L. Meyer* unter progeneer Gesichtsbildung versteht. Denn obgleich auch ihm die abnorme Stellung der Zahnreihen das zunächst auffällige Kennzeichen dafür ist, so ist es ihm doch in jener Darstellung mehr darum zu thun, die Verkümmerung des Hinterhauptes gegenüber der überwiegenden Entwickelung des Vorderhauptes nachzuweisen, woran sich die entsprechende Verschmälerung des Unterkiefers neben der Verlängerung desselben anschliesst. Aus diesem Grunde steht er auch nicht an, Fälle, bei welchen die obere Zahnreihe die untere um $^1/_3$ überragt, in den Kreis seiner Ausführungen zu ziehen (vgl. l. c. Beobachtungen 9. 10). Hier sind die Vorwölbung der Tubera frontalia, die Abflachung der Hinterhauptsmuschel und das Hervortreten des Nackenbandes das Maassgebende, obschon auch hier das hervorragende Kinn und die eigenthümliche Kalender-Halbmondähnliche Gesichtsbildung vorausgesetzt werden.

Die meisten der (19) Beobachtungen *Meyer*'s beziehen sich auf Idioten oder solche Irrsinnige, bei denen ein Defekt bis in das früheste Jugendalter zurück zu verfolgen ist; als mögliche Ursache nimmt er eine Schädigung des Hinterhauptes bei der Geburt mittelst der Zange an.

In meinen unten näher zu betrachtenden (24) Fällen sind Idioten und Schwachsinnige wenig, dagegen mehrfach erbliche Disposition vertreten und gerade solche der wenigen Kranken, bei denen ich Zangengeburten constatiren konnte, zeigen die progenee Schädelform nicht.

Aus meinen Beobachtungen erhellt, dass die Fälle, in welchen das Uebergreifen der oberen Zahnreihe über die untere nicht stattfindet, nicht selten, seltener diejenigen sind, bei welchen die untere Zahnreihe die obere überragt, noch seltener, wo mit dem letzteren Verhalten die Verkürzung des Hinterhauptes und abnorme Stärke des Nackenbandes zusammentreffen.

Allen diesen Fällen ist das hervorragende Kinn gemeinsam, bald in mehr bald in weniger deutlicher Weise. Der von *Meyer* so scharf gezeichnete Typus ist somit nicht der alleinige, auf den wir unsere Aufgabe zu richten haben, wenn es sich um geistesgestörte Individuen handelt.

Zeichnet sich der *Meyer*'sche Typus durch längliche Gesichtsform mit vorwiegender Haltung des Kopfes nach vorn aus, so ist der Typus, den ich zunächst im Auge habe, geradezu als Rundkopf mit der Haltung des Kopfes nach rückwärts zu bezeichnen. Während das Kinn bei dem schmalwangigen Halbmondgesicht nach vorn und unten gerichtet ist und der wenn auch lange Hals verkürzt erscheint, trägt der progenee Rundkopf wie den Kopf so das Kinn hoch und der meist kurze Hals erscheint in seiner ganzen Länge. Ueberdies ist das Gaumengewölbe bei dem Rundkopf breit und flach, dort schmal und gewölbt, Ober- und Unterkiefer bei dem ersteren schmal, bei dem anderen in allen Dimensionen breit und kräftig, wie denn überhaupt die wenigen Exemplare, auf welche diese Beschreibung passt, fast ausnahmslos einer kolossalen Körperentwickelung in Knochenbau und Muskulatur zuneigen. Ob das Nackenband schwach, wie es im Gegensatz zu der *Meyer*'schen Form sein müsste, oder stark entwickelt, ist mir an der dicken Fett- und Muskelschicht, welche den Nacken der betr. Individuen bedeckt, zu ermitteln nicht gelungen, da die Untersuchung bisher nur an lebenden Personen angestellt worden ist. Aus letzterem Grunde muss ich auch auf den Versuch einer Erklärung des Herganges verzichten, wie die abnorme Stellung des Unterkiefers zum Oberkiefer sich herausgebildet haben könne.

Zwischen diesen beiden Hauptformen des progeneen Schädels liegt eine ganze Reihe von Mittelformen, die sich

an die eine oder die andere anschliessen. Als besonders auffällige Uebergangsform erwies sich die runde Kopfbildung eines 12jährigen, gesunden Knaben, dessen paralytischer Vater mit ausgeprägter länglicher Gesichtsbildung unter No. 5 der Beobachtungen aufgeführt ist. Während bei *M.* senior die Stirn mit den Frontalhöckern vorspringt, die Augäpfel tief liegen, die Hinterhauptsmuschel steil abfällt, das spitze Kinn nach vorn gebogen ist und die untere Zahnreihe die obere eben nur erreicht, ist der Schädel des Sohnes fast kugelig, die Augäpfel prominiren, das Gesicht ist rund, das Kinn und die untere Zahnreihe vorragend. Andere (No. 17) tragen den Kopf steif, an die breite und stark gewölbte Stirn mit vortretenden Höckern schliesst sich ein kurzes Scheitelgewölbe und steil abfallendes Hinterhaupt, das Gaumengewölbe ist breit und der vortretende Unterkiefer im Alveolarrande der abwechselnd nach vorn und hinten verdrängten Schneide- und Eckzähne verschmälert. — Wieder Andere (No. 12. 21) haben eine im oberen und unteren Theil gleich schmale, zurückliegende Stirn, breit gewölbte Scheitelbeine und Occip. — bei schmalem, tiefem Gaumengewölbe und vorragendem Unterkiefer.

In der nachstehenden Tab. 1 sind die Formen so geordnet, dass die ersten Nummern den *Meyer*'schen Typus, die letzten den der Rundköpfe und die dazwischenliegenden Nummern die Mittelformen zum Ausdruck zu bringen beabsichtigen. Am Sichersten würde dieser Zweck durch bildliche Darstellung der bezüglichen Physiognomien erreicht werden. Zum Ersatz einer solchen dienen die Zahlen für Breiten- und Höhen-Indices, für die Diagonalen des Schädels und für die Durchmesser des Unterkiefers. Von Individuen über 60 Jahren, bei denen der Ast des Unterkiefers bekanntlich in die stumpfwinklige Form des Kindesalters zurückgeht und das Kinn sich vorschiebt, sind 2 um ihrer besonderen Schädelbildung in die Liste aufgenommen; die meisten der übrigen stehen im mittleren Lebensalter, wo der Ast fast noch einen rechten Winkel mit dem Körper des Unterkiefers bildet.

Ausser dem Alter glaubte ich die Körperlänge und das Durchschnittsgewicht, wie es sich aus einer grösseren oder geringeren Zahl von Wägungen an jedem Einzelnen er-

mitteln liess, angeben zu müssen, um einen ungefähren Begriff von Habitus und Natur der Betreffenden erlangen und mit der Kopfbildung vergleichen zu können. Letztere erkennt man aus den Längs-, Quer- und Höhe-Durchmessern, den Längs-Bögen der Stirn, des Scheitel- und des Hinterhauptbeines, so wie aus den beiden Diagonalen des Kopfes, von welchen die erstere um so länger ist, je weiter das Kinn und je bauchiger der obere Theil der Hinterhauptsmuschel, die zweite je weiter die Basis des Hinterhauptes nach vorn rückt.

Die Zahlen der Kopfdurchmesser sind nicht, wie bei *Meyer* und *Welcker* geschehen ist, reducirt worden, weil die daraus berechneten Verhältnisse der Brachy- und Dolichocephalie sich ja doch gleich bleiben.

Zur Erläuterung der Maasse diene, dass für den Länge-Durchmesser des Kopfes die Entfernung zwischen der Glabella dicht über der Nasenwurzel und der Protuber. occipit., für den Quer-Durchmesser i. e. Breite der höchste Punkt der Lin. semicirc. infer. aufwärts und ein wenig nach hinten vom äusseren Gehörgang beider Seiten, für die Höhe die Mitte des äusseren Gehörganges bis zum höchsten Punkte des Scheitels, angenommen ist. Die Indices zeigen das Verhältniss der Breite und Höhe zur Länge an, wenn letztere = 100 angesetzt wird. Der Breiten-Index von weniger als 80% gilt hier als dolichocephal, von mehr als 82% als brachycephal.

Unter den 24 auf nachstehender Tab. I. verzeichneten Individuen befinden sich demnach 10 mit brachycephaler, 10 mit dolichocephaler und 4 mit mesocephaler Schädelform. Auf diese Verhältnisse übt die Körpergrösse directen Einfluss nicht aus, denn wir finden sowohl unter den sehr grossen Individuen, als auch unter denen von niedrigem Wuchse, brachycephale und dolichocephale, ja der höchste Breiten-Index = 92 fällt sogar mit einer der kleinsten Zahlen für Körperlänge zusammen (No. 22). Uebrigens scheint auch das obige Zahlenverhältniss der Dolichocephalie zur Brachycephalie das normale für die Bevölkerung des Anhaltischen Landes überhaupt zu sein. Die Körperlänge steht nur in directer Beziehung zu den absoluten Zahlen der Maasse des Schädels und na-

No.	Name.	Alter.	Körper-Länge	Körper-Gewicht.	Schädel-Durchmesser Länge	Schädel-Durchmesser Breite	Schädel-Durchmesser Höhe.	Indices. Breite	Indices. Höhe.	Diagonalen I. vom Kinn bis Prot. occ.	Diagonalen II. vom Kinn bis For. magn.	Längs-Bögen. Front.	Längs-Bögen. Scheitel.	Längs-Bögen. Occip.	Unterkiefer-Durchmesser Länge	Unterkiefer-Durchmesser Höhe.	Unterkiefer-Durchmesser Breite
		Jahre.	Cent.	Kilo.	Centimeter.					Centimeter.							
1.	Schüler . .	40	174	58.5	18.7	16.2	15.0	88.2	80.2	22.6	16.9	15.5	11.5	12	10.2	4.7	11.3
2.	Koch . . .	55	169	75	19.3	15.8	14.7	81.3	76.1	21.9	16.85	15.25	12.5	10.75	11	5.7	11.3
3.	Dalchow .	35	174	59.5	19.9	15.2	13.8	76.3	69	22.7	16.6	15.5	12	11.5	9.3	4.9	10.2
4.	Hacker . .	46	167	48.5	17.8	15.2	12.3	85.3	69	22.1	16.3	14	13	12	6.6	4.8	10
5.	Meyer . .	50	173	73.5	19.2	15.5	10.6	80.7	55.2	22.6	17.4	14	12.5	12.5	9.6	5.6	11.3
6.	Frei . . .	35	173	65	19	15.6	11.1	82.1	58.4	23.1	18.2	15	12	10	9.1	5.6	11.3
7.	Flügge . .	27	167	64.5	19	14.8	11.0	77.9	58	22.2	15.4	14.5	12	12	8.2	4.2	9.5
8.	Filz . . .	58	164	55	18.8	14.5	11.4	77.1	60.6	22.5	17.2	12	12.5	12.5	8.7	4.9	10 4
9.	Gühne . .	32	158	54	17.7	15.7	13.1	88.6	68.3	21.2	15.2	14.5	13.5	10.5	8.4	4.5	10.9
10.	Roehr . .	40	151	53.5	18.6	15.4	10.5	82.8	56.4	21.9	16.7	14	13	10	6.3	6	9.9
11.	Vogel . .	45	156	51	18.4	15.2	11.8	82.6	64.1	21.7	17.7	12	14	10	8.5	5.4	11
12.	Thiemigk .	26	154	47	19.2	14.5	11.7	75.5	60.9	22.4	14.5	12	14	12	6.5	4.3	9.2
13.	Rose . . .	62	162	59	18.8	13 5	12.1	71.8	64	23.4	18.7	12.5	12	12	8.9	5.4	11.3
14.	Minding .	61	166	46	19.3	15.2	12.1	78	62.7	22.6	16.8	15.5	12.5	9	8.4	4.5	11.1
15.	Ottenklinger	39	172	85	18.3	15.7	11.4	85.7	62.3	23	17.7	13	13.5	11	9 3	5.7	11.8
16.	Hundt . .	37	177	58.5	19.9	15 5	12.1	77.8	60.8	22.2	16.8	16.5	12	11	8.8	6	14.5
17.	Reineck . .	40	168	58.5	18.9	15.8	12.3	83.6	65	21.8	17.6	13.5	12.5	11.5	8.2	4.3	10
18	Franke . .	45	175	66	19.2	14.65	14.9	76.3	77.6	22.7	16.15	13.5	11	10.5	10.1	5.3	10.5
19.	Pätzel . .	33	166	64	19.9	15.9	11.6	80	58.3	23.7	16.2	14.5	14	11	8.4	5.3	10.9
20.	Domnes . .	55	163	62.5	19.4	15.3	12.2	78.8	62.8	24	18.7	14	14	10	8.6	5.4	10.6
21.	Görl . . .	39	170	69.5	20.6	15.6	12.5	75.5	60.7	24	18.8	14.5	12.5	12.5	9.4	5.9	11
22.	Müller . .	26	158	48.5	17.8	16.4	12	92	67	21.3	15	18	6	10.5	7.5	5.4	11
23.	Oser . . .	18	166	63	18.9	16.8	11.6	88.88	61.37	23.7	15.7	15.5	11.5	12	9.1	4.6	10.5
24.	Schmidt . .	41	186	75	19 5	16.5	11.8	84.6	60.5	22.2	15.4	14.5	12	12	8.2	4.2	9 5
	Med.	41.04	167	60,83	19	15.41	12.23	81.31	63.88	22.56	16.77	14 49	12.2	11.26	8.64	5.1	10.8

mentlich zu denen der Gesichtstheile. An pathologische Beziehungen dürfen wir erst denken, wenn sämmtliche Dimensionen des Kopfes im Missverhältniss zur Körpergrösse stehen, mithin wenn etwa ein kurzer schmaler und niedriger Schädel neben einem umfangreichen Unterkiefer auf einem hohen und plumpen Körper aufsitzt (wie bei No. 15), oder wenn umgekehrt der Körper klein und hager, der Kopf gross und fast kugelig (22) oder kurz und schmal und ungewöhnlich hoch erscheint (No. 9). Wichtiger für die Betrachtung des Schädels ist das Maass der Höhe, da mit ihm die vorhandene oder fehlende Compensation der Raumverhältnisse der Schädelhöhle angedeutet wird. Das Maximum der Höhe findet sich bei dem epileptischen S. (No. 1) mit dem Höhen-Index 80 bei sehr verkürztem Schädel und langem aber steil absteigendem Hinterhaupte; das Minimum bei dem Paralytiker M. (No. 5) mit dem Höhen-Index 55.2 bei fast dolichocephalem Schädel.

Beide Individuen sind sich in der Grösse fast gleich; während aber der Längs-Durchmesser bei S. um 5 Mm. kürzer als der bei M., ist sein Quer-Durchmesser um 7 Mm., sein Höhen-Durchmesser 45 Mm. und sein Stirnbogen 15 Mm. grösser; dagegen überragen die Längsbögen des Scheitel- und Hinterhauptes bei M. diejenigen bei S. um 15 Mm. Wenn nun auch aus diesen oberflächlichen Messungen nur ein annähernder Schluss auf den Rauminhalt beider Schädel gezogen werden kann, so ist doch, abgesehen von der ungleichen Dicke der Weichtheile und Knochen, noch immer aus den angeführten Zahlen ein Ueberschuss zu Gunsten des hochköpfigen S. zu berechnen. Es ist damit nicht gemeint, dass auch ein Ueberschuss an normaler resp. functionsfähiger Hirnmasse vorhanden sei; im Gegentheil spricht, was die Intelligenz, Dauer und Intensität der Krankheit in beiden Individuen betrifft, Alles zu Gunsten des vorübergehend paralytischen M. (vergl. Beobachtungen 1 und 5).

Es soll an dem einen Beispiele statt vieler nur hervorgehoben werden, wie bei Ungleichheit der Dimensionen des Schädeldaches die Stellung des Unterkiefers der Progeneen sich verhält. — Die Entfernung des Kinnes vom hinteren Rande des grossen Schädelloches beträgt nämlich bei S. = 169 Mm.,

bei M. 174 Mm., bei S. ist demnach die Schädelbasis um 5 Mm. kürzer, als bei M. — Trotzdessen ist der Unterkiefer, vom äusseren Winkel bis zum Kinn gemessen, bei S. um 6 Mm. länger als bei M., wonach sich eine Länge von 11 Mm. ergiebt, um welche das Kinn bei S. vor dem bei M. hervorragen müsste. In der That überragt die untere Zahnreihe bei S. die obere um 5 Mm.; die Differenz von 6 Mm. wird durch die grössere Länge und den stumpfern Winkel des Unterkieferastes bei M. ausgeglichen.

Aus der Differenz der I. und der II. Diagonale erkennt man den Längs-Durchmesser des unteren Abschnittes der Hinterhauptsschuppe. Der gleichnamige Bogen ist sehr flach und demselben Durchmesser fast gleichwerthig. Zieht man daher die aus der Differenz der beiden Diagonalen gewonnene Zahl von der des Hinterhauptbogens ab, so erhält man diejenige für die Krümmung des oberen Abschnittes der Schuppe. Dieser ist um so gewölbter, je länger der Längs-Durchmesser des Schädels und der untere Abschnitt um so länger, je grösser die Differenz.

Je länger aber der untere Abschnitt ist, um so mehr nach vorn reicht das grosse Loch und mit ihm die Seitentheile der Schädelbasis, und was hier besonders in Betracht kommt, die Fossa glenoidalis. Ein Unterkiefer braucht darum nicht ausnahmsweise lang zu sein, um den Oberkiefer zu überragen. Daher die Verschiedenheit der Länge des Unterkiefers in obiger Tabelle und zwar besonders bemerklich in den letzten Nummern bei den Progeneen mit runden Köpfen, wo die II. Diagonale vorzugsweise verkürzt ist.

Um ein ideelles Maass zu gewinnen, an dem diese Verhältnisse verglichen werden können, sind in Ermangelung genügenden Materials an Gesunden, die Mittelzahlen der Maasse bei den Progeneen selbst herbeigezogen worden. Demnach würde ein Mann von 40 Jahren bei einer Körperlänge von 167 Ctm., Gewicht von 60 Kilo, einen Schädel mit einem Länge-Durchmesser von 19 Ctm., Quer-Durchmesser von 15.41 und Höhe von 12.23 Ctm. haben, während die Entfernung von der vorderen Fläche des Kinnes bis zur Protub. occipit. extern. 22.56 und bis zum hinteren Rande des Foram.

magn. 16.7 Ctm. betrüge. Sein Stirnbogen würde 14.49, der der Pfeilnaht 12.2 und der Bogen von der Spitze der Lambda-Naht bis zum hintern Rande des Foram. magn. 11.26 Ctm. betragen; die Breite des Unterkiefers zwischen den beiden Anguli Mandibulae = 10.8 Ctm.; die Höhe vom Angulus bis zum oberen Ende des Capitulum = 5.1 Ctm., die Länge vom Angulus bis zur Spina menti extern. = 8.64 Ctm.

Nimmt man als Ausgangspunkt der Vergleichung die Mittelzahl der II. Diagonale von 16.77 und zieht von dieser die Unterkieferlänge von 8.64 Ctm. ab, so erhält man mit der Zahl 8.13 (im knöchernen Schädel = 5.5 Ctm.) einen Ausdruck für die Entfernung zwischen dem hinteren Rande des Hinterhauptes und den zwischen den beiden Winkeln des Unterkiefers gezogenen Vertikalen. Die so gewonnene Linie ist der Längs-Durchmesser für das Foram. magn. und den Körper des Basilarbeines. Je kürzer dieselbe ausfällt, um so viel wird der letztere verkürzt resp. um so steiler der Clivus geneigt sein und der Oberkiefer zurücktreten, je länger dagegen, um so grösser wird die Längen-Ausdehnung des Unterkiefers sein, einbezüglich eines gestreckten Neigungswinkels des Astes oder einer Verschmälerung und Zuspitzung des Mittelstückes am Kinn.

In den meisten (14) der in obiger Tabelle enthaltenen Fälle findet man auch ohne Reduction der Zahlen, dass die Mittelzahl der Basilarlinie nicht erreicht, in 2 sehr wenig, und nur in 5 um 1—2 Ctm. überstiegen wird. Zu bemerken ist jedoch, dass bei den letzteren die sehr dicken und straffen Nackenmuskeln die genaue Messung beeinträchtigten. Leider ist diese Fehlerquelle wie bei allen Messungen an lebenden Köpfen auch bei der zur Ermittelung der Basilarlinie vorgeschlagenen Methode nicht zu vermeiden. Die nachstehend skizzirten Krankengeschichten enthalten das Nähere über die Lebensverhältnisse unserer Progeneen, so weit dasselbe zu erfahren war.

Beob. 1. Schuler, geb. 24. September 1831, rec. 5. August 1871, Weber, 15 Jahre alt epileptisch: seit 5 Jahren tobsüchtig. Bis 15 Jahr intelligent. Kein Fall von Epilepsie in der Familie. Seine Mutter seit 3 Jahren durch apoplectische

Anfälle gelähmt, 1 Schwester mit Strabism. divergens behaftet.

Hochgewachsen, 1.74 M., mager, Körpergewicht 56.5 Kil.; — stark brachycephal (86.6 Ind. Br.).

Stirn steil, hoch, stark gewölbt, Augen tiefliegend, Scheitel hoch, Scheitelhöcker gewölbt, Hinterhauptsmuschel steil abfallend. Kopf nach vorn geneigt. Gesicht lang, orthognath. Unterkiefer schmal, vor dem Oberkiefer vorragend, die untere Zahnreihe die obere überragend. Nasenwurzel eingedrückt, Nase kurz. Ohr von gewöhnlicher Länge, ragt hoch hinauf. Ohrläppchen-Einschnitt vorhanden. Plattfüsse.

Beob. 2. Koch, Handarbeiter, geb. 18. August 1823, rec. 3. Mai 1861. — Mania period. — Taubheit. Caries des Oberschenkels und Oberarmbeins. .Vorgeschichte unbekannt.

Statur gross, Körperlänge 1.69 M., Körpergewicht 75 Kil. Kopf hoch, kurz. — Ind. Br. = 81.8, Höhe = 76.1. — Stirn bombenförmig gewölbt, Augen tief, Nasen-Stirnwinkel stumpf, Nase gerade. Gesicht schmal, Unterkiefer und Kinn vorragend, untere Zahnreihe vor der oberen. — Incis. auricul. fehlt. Ohren gross. — Haltung des Kopfes nach vorn. Nackenmuskeln stark und straff, die Lin. nuch. sup. rinnenförmig abgegrenzt. Strabismus convergens.

Beob. 3. Dachau, geb. 24. December 1843, rec. 21. Januar 1866, seit seinem 15. Lebensjahre epileptisch (Mania mit Dementia), hat das Gymnasium bis Tertia besucht, versucht sich weiter zu bilden. Unter entfernteren Verwandten väterlicherseits herrschen Epilepsie und Geistesstörung. Statur schlank, Körpergrösse 1.74 M. Körpergewicht 60 Kil. Muskulatur schlaff.

Kopf lang, Stirn bombenartig gewölbt, Augen tiefliegend, Nasenwurzel eingedrückt. Tub. parietal. und Hinterkopf stark gewölbt, Protub. occipit. spitz hervorragend; Foram. magn. weit nach vorn. Nackenmuskeln stark verkürzt. Haltung des Kopfes nach hinten. Gesicht lang und schmal, Gaumendach vorn sehr spitz. Unterkiefer lang, Kinn spitz, untere Zahnreihe überragt den Rand der oberen. Nase kurz, Ohren lang, breit, oben spitz, Einschnitt am Ohrläppchen fehlt.

Beob. 4. Hacker, geb. 13. Juni 1831, gest. 15. März 1878.

Kaufmann, ledig. Rec. 7. Januar 1878. Seit 4 Wochen Sehstörung, Grössen-Delirien; Paralyse.

Erbliche Disposition von Vatersseite. Solider Lebenswandel. Körperlänge 1.67 M. Körpergewicht 46 Kil. Schädel hoch, kurz, Stirn steil, Augen tiefliegend, Schuppe des Occip. steil abfallend. Gesicht und Nase lang, schmal, Kinn kurz, spitz, Unterlippe gewulstet, Unterkiefer vorragend, so dass die untere Zahnreihe $^1/_3$ der oberen deckt. Gaumen breit und gewölbt. Nackenmuskeln stark. Hals lang. Kopf nach vorn und unten geneigt. — Ohren gross, abstehend, oberer Zipfel spitz, Incis. auric. vorhanden. — Wulstförmige höckerige Verwachsung der Pfeilnaht. Schädelcapacität 1750 Ccm. Grosshirn-Gewicht 1485 Gramm. Kleinhirn = 180 Gramm.

Beob. 5. Meyer, geb. 31. März 1827, Schmiedemeister, verwittwet; rec. 2. September 1878. — Mania mit Symptomen von Paralyse. Krankheitsdauer 5 Wochen.

Erbliche Anlage nicht vorhanden. — Statur schlank, 1.73 M. hoch, 70—77 Kil. schwer.

Kopf klein, aber lang und schmal, Stirn steil, Stirnhöcker vorragend, Augen tief, Scheitelbeine mässig lang, breit und niedrig. Hinterhaupt wenig gewölbt. Gesicht lang, schmal, Oberkiefer hoch, Kinn nach vorn gebogen, breit; Unterkiefer lang, vor dem Oberkiefer vorragend, Schneidezähne berühren sich mit den freien abgenutzten Rändern. Ohren abstehend, gross. Ohrläppchen fehlen. Arme muskulös, aber auffallend mager. Beine gerade; an beiden Füssen Talipes.

Beob. 6. Frey, geb. 22. Mai 1842, rec. 21. Juni 1877, Schmied, früher Soldat, wegen Brustleidens invalidisirt, Potator, 8 Jahr verheirathet, Vater von 2 Kindern, seit 2 Jahren schlaff, dann erregt, leidet an Dement. paralyt. — Früher intelligent, fleissig. Erbliche Anlage nicht nachweisbar.

Statur schlank, 1.73 M. hoch, muskulös, 65 Kil. Körpergewicht. Kopfform mesocephal (Br. Ind. 82.1). — Stirn niedrig, steil, Hinterhauptsmuschel steil abfallend, Gesichtsform rund, Nasenwurzel flach, Augenhöhlen tief, Gaumendach flach. Ohren klein, Ohrläppchen eingeschnitten.

Kinn spitz, Unterkiefer vorragend; untere Zahnreihe von

der oberen nicht überragt. Zähne abgenutzt. Kopfhaltung nach vorn und unten. Beine und Füsse wohlgeformt.

Beob. 7. Flügge, geb. 8. August 1850, rec. 22. September 1877, Töpfer. Seit 10 Jahren epileptisch. Erblichkeit nicht nachweisbar. Statur kräftig, Körperlänge 167 Ctm. Körpergewicht 64.5 Kil. Kopfbildung dolichocephal (Breiten-Index 78). Hinterhaupt gewölbt. Stirn niedrig, steil, Gesichtsform länglich, schmal. Augen tief, Ohren abstehend. Gaumendach schmal und hoch.

Kinn spitz, vorragend. Die untere Zahnreihe ragt über die obere hervor.

Die linke Hand ist um 5 Mm. länger als die rechte. Ausgebildete Plattfüsse.

Beob. 8. Filz, geb. 18. August 1819, rec. 7. Juni 1859, Handarbeiter, litt seit ½ Jahr an Verfolgungswahn. Hallucinationen. Verheirathet, kinderlos. Aetiologisches nicht bekannt.

Statur mittlere, Körpergrösse 1.64 M. Knochenbau kräftig, Körpergewicht 58 Kil.

Körperhaltung gerade, Kopf nach vorn geneigt, lang und schmal, Stirn niedrig, schmal, wenig gewölbt, Augen tief. Hals, besonders Nacken kurz und straff. Scheitel niedrig und schmal, Hinterhaupt rund, breit. Oberkiefer und Jochbeine breit, Unterkiefer lang, plump und vorstehend, Kinn breit und platt. Untere Zahnreihe und Lippe vorgeschoben. Ohren lang, Ohrläppchen fehlen. Füsse normal.

Beob. 9. Gühne, geb. 7. Juli 1844, rec. 10. Juni 1876. Gerber, von Seiten beider Grosseltern erblich belastet, hat Masern, Scharlach, Pocken im 3., Typhus im 10. Lebensjahre erlitten. Hallucinationen und Wuthanfälle seit 1 Jahr.

Körperbau klein und schwächlich. Körperlänge 154 M. Körpergewicht 54 Kil. Kopfform stark brachycephal (Br. Ind. 88.7), Stirn hoch vorspringend; Tubera stark gewölbt, Scheitel sehr hoch, flach, Hinterhaupt flach, steil abfallend.

Gesichtsform lang, Nasenwurzel eingedrückt, Nase vorspringend lang, Augen tiefliegend, Ohren abstehend, Ohrläppchen fehlen. Gaumendach breit, Hals lang, Nackenband straff, dick. — Kopfhaltung nach vorn. Unterkiefer vorspringend, lang, Kinn nach vorn umgebogen. Untere

Zahnreihe überragt die obere um $^1/_3$. Ober- und Unterschenkel schwertförmig gebogen (Obeine). Plattfüsse.

Beob. 10. Reher, geb. 31. Juli 1837, rec. 30. Januar 1878. Drescher, verheirathet, Vater von 4 Kindern, fleissig, nüchtern, überhaupt solide, stets gesund. Erblichkeit nicht ermittelt. Hallucinationen. Sec. Seelenstörung seit 2 Jahren.

Von kleiner untersetzter Statur, starkknochig und muskulös. Körperlänge 1.55 M. Körpergewicht 55 Kil. Kopfform klein, rund, mesocephal (Br. Ind. 82.8). Stirn lang und breit, Scheitelbeine kürzer, niedrig, schmal, Hinterhaupt gewölbt, breit, Nacken breit.

Gesichtsform rund, orthognath; Unterkiefer schmal, Ast hoch. Kinn rund und vorstehend. Untere Zahnreihe überragt die obere wenig. Zähne breit und in normaler Stellung. Gaumendach spitz. Ohren abstehend. Ohrläppchen nur angedeutet. — Säbelbeine, Plattfüsse.

Beob. 11. Vogel, Bäcker, geb. 16. September 1833, rec. 21. December 1878. — Mania.

Statur klein, 1.56 M. Körpergewicht 51 Kil. Muskulatur schlaff, Kopf gross, rund, Stirn niedrig, steil, Occiput. vorragend. — Gesicht rund, Jochbeine und Wangen vorspringend. Oberkiefer kurz, Gaumen breit und flach. Kinn vorspringend; untere Zahnreihe stark abgenutzt, rückwärts geneigt, stösst auf den Rand der oberen. Nase nicht eingedrückt, lang. Ohren abstehend, lang, Ohrläppchen-Einschnitt fehlt. — Brustdrüsen stark entwickelt, Bauch in der Weichengegend überhangend. Darmbeinschaufeln senkrecht. Oberschenkel stark gekrümmt, Unterschenkel nach auswärts gebogen (Xbeine), Gang watschelig. — Haltung des Kopfes nach hinten, Nackenmuskeln stark.

Beob. 12. Thiemick, geb. 3. September 1850, rec. 29. Juli 1877, seit seiner Kindheit epileptisch und blödsinnig. Erblichkeitsverhältnisse unbekannt.

Klein von Statur (1.54 M.) und von jugendlichem Aussehen. Kopfform dolichocephal. Vorderhaupt niedrig, flach, zurückfliegend. Linkes Scheitelbein flach, rechtes gewölbter, Hinterhaupt gewölbt. Gesicht klein, prognath, Unterkiefer und Kinn vorragend, Zähne unregelmässig nach vorn verdrängt, Gaumendach spitz. Augen vorstehend. Untere Zahnreihe

überragt die obere. — Ohrläppchen fehlen. Haltung des Kopfes nach hinten.

Beob. 13. Rose, Handarbeiter, geb. 8. September 1811, nicht erblich belastet; als Kind wenig begabt. Sein Bruder trunksüchtig, R. selbst nicht. Epileptisch im 50. Lebensjahre. Arbeitet noch 8 Jahr, geht dann betteln und betrinkt sich. Wird 60 Jahr alt mit Arbeitshaus bestraft, kommt ödematös zurück, wird total blödsinnig, dann in's Siechenhaus, nach 5 Jahren wegen Tobens in das Irrenhaus versetzt.

Stirn schmal, steil, Augen tiefliegend, Nase kurz, breit, Ohren gross, breit; links Othämatom. Unterkiefer stark vorspringend, Kinn breit und rund. Oberkiefer kurz (2.5). Gang gebückt; linker Schenkel contrahirt, Haltung des Kopfes nach hinten. Nacken verkürzt. Schädel dolichocephal (18.8 = 13.5) Hinterhauptsmuschel vorspringend. Längs-Durchmesser und ebenso die Längs-Curven der Stirn, Scheitelbeine, des Hinterhauptes von fast gleicher Länge.

Untere Zahnreihe vor der oberen vorragend.

Bronchitis. Tod am 15. Februar 1878. Pachymeningitis. Schädeldach rechts atrophisch, linkes Scheitelbein verdickt, Pfeilnaht ganz, Kreuznaht wenig verwachsen, Basis nicht verkürzt. Frontal-Windungen sehr schmal, besonders Gyr. praecentralis. Vordere und hintere Sulci occipitalis („Affenspalte") der Grosshirn-Hemisphäre sind tief eingeschnitten, der rechte Lobul. occip. bedeckt das Kleinhirn nicht ganz, sondern biegt sich hakenförmig nach oben und aussen. Hirngewicht 1205. Lumbartheil des Rückenmarks auf 1 Ctm. Länge erweicht. — Rechter Schenkelkopf cariös.

Beob. 14. Minding, Arbeiter, 61 Jahre alt, rec. 28. Mai 1876 (gest. 15. Mai 1877). Seit 4 Jahren in der Fabrik beschäftigt, 36 Jahre alt verheirathet; hat 1 Sohn der durch „Knochenfrass" lahm ist. — Die Mutter des Pat. hat in Folge von „Schlagfluss" 12 Jahre lang das Bett gehütet; seine Schwester an Irrsinn lange gelitten, 36 Jahre alt verstorben.

Krankheitsform: Melancholie seit c. 5 Wochen. Wähnt sich des Feueranlegens beschuldigt, bezüchtigt einen Mitarbeiter des Diebstahls und wähnt sich von ihm mit Vergiftung be-

droht. Körpergewicht 46 Kil. — Körperlänge 1.66 M. — Häufig kränklich; Magenblutung.

Statur mittelgross, Haltung gebückt, Schädel lang, niedrig, Stirn steil, platt, niedrig, vorspringend, Augen tiefliegend, Nasenwurzel eingedrückt, Nase spitz, kurz, vorragend. Protuber. occip. spitz, unterer Theil der Muschel kurz. Jochbeine vorspringend. Unterkiefer lang, breit, vor dem Oberkiefer vorgeschoben; in beiden fehlen meist die Zähne. Kinn vorragend. Oberkiefer kurz, Gaumengewölbe breit. — Ohren gross, abstehend.

Beob. 15. Ottenklinger, geb. 22. Januar 1839, rec. 25. Januar 1863, Dienstknecht, erkrankte 1861 in Folge der Arbeit auf dem Trockenboden einer Zuckerfabrik. Dementia. Als Kind intelligent. Erbliche Anlage nicht nachweisbar. Sein Vater etwas beschränkt, aber nicht krank.

Hochgewachsen, 1.72 M., starkknochig und muskulös, 85 Kil. schwer. Kopf klein, kurz (Br. Ind. 85.8). — Stirn niedrig, zurückfliegend, Augen glotzend, Brauengegend gewulstet. Scheitel lang, Höcker gewölbt, Hinterhaupt wenig gebauscht, Nacken breit und stark, Kopfhaltung rückwärts. Gesicht lang, prognath. Gaumendach spitz. Unterkiefer lang, hinten breit, vorn spitz, die äusseren Schneidezähne zurückgedrängt, Kinn und Unterlippe vorragend. Ohren lang, abstehend, Ohrläppchen mit Incisur. Plattfüsse.

Beob. 16. Hundt, Arbeiter, geb. 15. Februar 1841; rec. 8. August 1878; schwachsinnig seit April 1878. Verheirathet seit 1871. Vater von 2 Kindern. Bis 1871 starker Potator. — Sein Vater verschwendete sein Vermögen, seine Schwester leidet an Klumpfüssen, 1 Vatersbrudersohn an Blödsinn; seine 8 Brüder und Mutter gesund. H. litt seit 1871 an seltenen epileptoiden Anfällen, seit April 1878 öfter, darauf Unruhe, angeblich Melancholie, doch mehr Schwachsinn.

Statur schlank, Muskulatur schlaff, Körperlänge 1.77 M. Körpergewicht steigt von 58.5 auf 72.5 Kil.

Kopfform dolichocephal, Stirn niedrig, vorspringend, Schläfengegend schmal, Scheitelbeine lang, hinten voluminös, Hinterhauptsmuschel stark gewölbt. Nackenband dick und straff. Haltung des Kopfes gerade.

Gesichtswinkel fast ein rechter. Gesichtsform länglich. Kinn spitz, nach oben gebogen, untere Zahnreihe ragt über die obere hinaus. Zähne vollzählig; nur die äusseren unteren Schneidezähne nach hinten verdrängt. Gaumengewölbe hoch, spitz. Ohrknorpel abstehend, Ohrläppchen schwach eingeschnitten. Hände und Füsse gross, wohl geformt. Sehnen-Phänomen am Knie stark, weniger am Fusse entwickelt.

Beob. 17. Reineck, geb. 23. December 1831, rec. a) 8. Aug. 1875, b) 19. März 1877. Beamter, ledig. Melancholisch seit Anfang 1875. Mania; entlassen April 1876. Mania circul.; Dement. paralyt. — Talentvoll, fleissig von Jugend auf, — etwas bizarr. Erblichkeit nicht nachweisbar.

Statur untersetzt, kräftig, mittelgross, 1.68 M. Haltung des Kopfes steif.

Kopfform brachycephal (Br. Ind. 83.5), Stirn, besonders die Höcker stark gewölbt, Scheitelbeine hoch, Scheitelhöcker und Hinterhaupt breit.

Gesichtsform länglich, Augen tiefliegend, Nasenwurzel eingedrückt, Nase lang und spitz. Oberkiefer niedrig, Gaumendach breit. Unterkiefer vorragend, untere Schneidezähne überragen die oberen. Kinn kurz und vorgebogen. Ohren gross, abstehend, Ohrläppchen ohne Einschnitt. Füsse normal.

Beob. 18. Franke, geb. 3. November 1833, rec. 12. Januar 1874. Handarbeiter, taubstumm, ziemlich intelligent. Vorgeschichte unbekannt. Angebliche „Epilepsie", nicht constatirt. Periodische Manie.

Statur kräftig, gross, 1.72 M. 66 Kil. schwer. Kopfform dolichocephal (76.3 Br. Ind.), Scheitelbeine lang, Hinterhaupt gewölbt, Stirn vorragend, Nasenwurzel flach, Augen tiefliegend. Nase und Ohren gross. Ohrläppchen fehlen.

Gesichtsform lang. Unterkiefer vorspringend. Untere und obere Zähne abgenutzt, stehen senkrecht zu einander. Kinn vorgebogen, spitz.

Beob. 19. Pätzel, Arbeiter, geb. 19. April 1845, rec. 13. October 1877. — Jugendgeschichte unbekannt. In seiner Heimath 1870 wegen Diebstahls zu 5 Jahren, im August 1877 wegen Körperverletzung zu 18 Monat Gefängniss verurtheilt, leidet

daselbst seit September ejd. an heftigen epileptischen und Wuthanfällen.

Mittlere Statur; 1.66 M., schlaffe Muskulatur, schwankende Haltung, Finger beständig in Bewegung, Sehnenhüpfen. Kopf von Narben bedeckt. Körpergewicht 64 Kil. Der Gang ist schwankend, die Unterschenkel nach Aussen gekrümmt, Füsse breit und platt. Stirn breit, Augenhöhlen tief, Hinterhaupt gewölbt, Lambdanaht tief abgegrenzt, Kinn rund, breit, Zähne vollzählig, gut gebildet, obere und untere Reihe stossen mit den feinen Rändern auf einander. Ohrknorpel klein, sonst normal.

Nach Verbrauch von 2.247 Kil. Kali brom. am 23. Juli 1878 geheilt entlassen; erlitt am 16. August 1878 eine Schädelfractur mit Hirnsubstanzverlust am linken Scheitelbeine, wird trepanirt, erscheint am 6. Februar 1879 in der Hauptverhandlung vor dem Kreisgericht. Der rechte Arm ist gelähmt, die Finger contrahirt. Parese des linken Beines. Gedächtniss ungeschwächt; epileptische Anfälle sind nicht wieder erschienen.

Beob. 20. Domines, geb. 2. Nov. 1822, rec. 27. Oct. 1878. Maurer, verwittwet, Potator. Stets gesund, erbliche Anlage nicht nachweisbar. Mania.

Klein von Statur, kräftig, 1.63 M. hoch, 62.5 Kil. schwer. Kopfform dolichocephal (Br. Ind. 78.9). Stirn steil, Scheitel hoch, kurz, Hinterhauptmuschel platt, Protub. occip. vorspringend. Gesichtsform lang, orthognath, Nasenwurzel schmal, Nase gerade, Ohren sehr lang, hoch, breit, abstehend, Ohrläppchen schwach eingeschnitten, Oberkiefer hoch, Gaumendach breit. Unterkiefer hinten breit, vorn schmal, Kinn rund, kurz. Untere Zahnreihe von der oberen nicht bedeckt. Zähne vollzählig, Kronen abgenutzt. — Nacken lang, breit. Schilddrüse beiderseits geschwellt. — Hände plump und gross. Beine und Füsse normal. — Haltung steif; Kopf nach hinten.

Beob. 21. Görl, geb. 11. December 1839, rec. 12. Juli 1878. Schmiedegesell, Vagabond, hat 14 Mal an Delir. potator. gelitten, und ist 143 Mal bestraft worden. Sein Vater ist Potator.

Statur untersetzt, 1.70 M. Körperlänge, 70 Kil. Körper-

gewicht. Kopfform dolichocephal (75.7 Br. Ind.). Stirn niedrig, schmal und zurücktretend, Scheitelbeine niedrig, Hinterhaupt gewölbt und breit. Gesicht gross und breit, Kinn rund und vorragend; die oberen Schneidezähne ragen über die unteren nicht hervor. Zähne regelmässig und vollzählig. An den Ohrläppchen fehlt der Einschnitt. Das rechte Auge schielt nach aussen. Geringer Grad von Plattfuss. Hals kurz, Nackenmuskeln sehr stark. Kopfhaltung steif nach hinten.

Beob. 22. Müller, geb. 16. April 1851, rec. 15. September 1876. Kaufmannssohn, erblich belastet von Mutterseite. Vernachlässigte Erziehung. Onanie. Leichtfertig heiteres Temperament. Prahlerisches Wesen. Maniakalische Anfälle.

Statur schwächlich, klein, Körperlänge 1.58 M. Körpergewicht 48.5 Kil. Kopf gross, rund, brachycephal (Br. Ind. 92). — Stirn hoch, gewölbt, breit, Scheitel überaus kurz, hoch, breit, Hinterhaupt kurz. Nacken breit, Hals lang.

Jochbeine vorstehend, Oberkiefer orthognath, Unterkiefer vorn niedrig, hinten breit. Kinn lang, breit. Zähne lückenhaft. Untere Zahnreihe überragt die obere. Gaumendach spitz. Nasenwurzel eingedrückt, Nase stumpf. Augen prominirend. Ohren gross, abstehend. Haltung des Kopfes stark nach hinten. Unterschenkel leicht nach aussen gebogen (Xbeine).

Beob. 23. Oser, geb. 7. Mai 1859, rec. 4. September 1878. Kaufmann; epileptisch seit 2 Jahren. Intelligenz gering; aufbrausend, eitel. Onanie. Vater und Mutter gesund.

Statur kräftig, gross, 1.66 M. Körpergewicht 63 Kil. Kopf rund, stark brachycephal, Stirn gewölbt, Augäpfel prominiren, Hinterhaupt bauchig. — Gesicht breit, orthognath, Kinn rund, vorspringend. Die Zahnreihe des Oberkiefers stösst senkrecht auf die des Unterkiefers. Gaumendach tief. Ohrknorpel klein. Incisur des Ohrläppchens vorhanden. — Hals lang; rechte Gland. thyreoid. geschwollen. Nackenmuskeln sehr stark. — Haltung des Kopfes steif, ein wenig nach hinten. — Dieselbe Stellung der Kiefer und Kopfhaltung zeigt der Vater des Pat.

Beob. 24. Schmidt, geb. 10. April 1835, rec. 29. August 1877. Oeconom, seit 2 Jahren Gastwirth, verheirathet, Vater

von 4 Kindern, früher solide, seit $^1/_4$ Jahr Potator. Erblichkeit nicht vorhanden: Mania.

Von riesigem Habitus, 1.86 M. hoch, breitschultrig, verhältnissmässig schmal an den Hüftbeinen, Körpergewicht 75 Kil. Kopfform brachycephal (Br. Ind. 84.6). Stirn breit und hoch, Scheitelbeine kurz und breit, Hinterhaupt flach und hoch; vorderer Umfang 33 Ctm., hinterer Umfang 26 Ctm. Nasenwurzel nicht eingedrückt. Gesicht lang, Unterkiefer und Kinn vorstehend, breit. Untere Zahnreihe greift über die obere hinaus. Gaumendach ist breit und stark gewölbt. Oberkiefer orthognath. — Haltung des Kopfes nach hinten. — Schenkel nicht gekrümmt. Unterschenkel verhältnissmässig schwach. Schweiss- und Plattfuss.

Möge sich hieran noch eine kleine Reihe von Beobachtungen an progeneen Frauen schliessen, bei denen die oben erwähnten beiden Typen fast noch charakteristischer als bei den Männern hervortreten.

1. Böttcher, geb. 7. Januar 1851, rec. 3. Februar 1878. Hat als Kind an Scrofeln gelitten, ist schwerhörig. Seit 16. Lebensjahr regelmässig menstruirt. 16—17 Jahre alt, litt sie während $^1/_2$ Jahres an Nieskrampf, der wöchentlich 1 Mal eintrat mit 40—50 maligem Niesen. Vater, 38 Jahre alt, an Lungen-Tuberkulose verstorben. Patient schon als Kind verschlossen und heftig. Hat leicht gelernt, doch ebenso schnell vergessen. Kopfweh, Unruhe, Hallucinationen aller Sinne, Verfolgungswahn.

Statur schlank, gross, 164 Ctm., Armmuskeln kräftig. Körpergewicht 43.5—44.5 Kil. Haltung des Körpers gerade, Kopf nach vorn geneigt. Stirn breit, Tub. front. vorspringend. Augäpfel tiefliegend. Hinterhaupt platt. Kopfform brachycephal. Gesicht lang, schmal. Unterkiefer vorspringend, Kinn spitz. Zähne normal gebaut. Untere Schneidezähne stossen rechtwinklig auf den Rand der oberen. Ohren klein, normal. Rechte Schilddrüse geschwollen. Hände und Füsse normal.

2. Görseh, Wittwe, geb. 14. Februar 1833, rec. 24. Juni 1857. Mutter von 3 Kindern, bis Anfang dieses Jahres gesund, dann an einem Uterus-Abscess (?), seit dem Tode

ihres Mannes an Melancholie leidend. — Intelligenz bisher gut.

Gestalt hager, Körperlänge 1.56 M., Körpergewicht 37.5 Kil. Stirnhöcker vorragend, Hinterhaupt steil; Gesicht lang und schmal, Augen tiefliegend. Unterkiefer läuft spitz zu; Kinn ist nach oben gekrümmt. Untere Zahnreihe überragt die obere um $^1/_2$. Gesicht wie eingerahmt von Stirn und Kinn. — Tod durch Lungen-Tuberkulose. Kopfhaltung gesenkt.

3. Frau Kühne, 41 J. alt, rec. 21. December 1878. Melancholie.

Wuchs schlank, Körperlänge 153 Ctm., Körpergewicht 48 Kil. Kopfbildung brachycephal, Stirn steil, Stirnhöcker stark. Augenhöhlen tief, Stirnnasenwinkel stumpf. Nase gerade. Gesicht niedrig; orthognath. Gaumendach breit. Unterkiefer schmal, Winkel fast rechte. Kinn spitz, vorragend, Zähne gross, etwas mangelhaft, untere und obere stossen gerade aufeinander. Einschnitt der Ohrläppchen fehlten links. Schilddrüse normal. Kopfhaltung gesenkt. — Intelligenz bisher gut. Erbliche Anlage nicht nachweisbar.

4. Frenckler, geb. 28. December 1856, rec. 12. August 1878. Dienstmagd. Verhältnissmässig gut unterrichtet und geschickt, 1 Bruder von Jugend auf tief blödsinnig. Melancholie.

Von mittlerer Grösse, 152 Ctm., gut genährt. Körpergewicht 50.8 Kil.

Kopfform brachycephal. Stirn gewölbt, hoch, Stirnhöcker schwach.

Gesicht lang; orthognath. Augen nicht tief. Ohren klein. Ohrläppchen eingeschnitten.

Oberkiefer schmal, Gaumendach spitz. Unterkiefer lang, breit vorstehend, Kinn lang, spitz. Untere Zahnreihe steht vor der oberen.

Zähne gesund. Die unteren convergiren sämmtlich. Der obere rechte Raffzahn ist nach hinten verdrängt. Auf dem rechten Auge leichter Strabismus divergens. — Sprache schleppend. Schilddrüse etwas hypertropisch. Plattfüsse. Kopfhaltung nach hinten.

5. Lippe, geb. 27. April 1837, rec. 8. September 1860. Manie. Sekundäre Seelenstörung. Seit ihrem 2. Lebensjahre Strabismus in Folge eines Falles (?); seit 19. menstruirt und bizarr.

Mittelgross, starkknochig und muskulös. Körperlänge 151 Ctm., Körpergewicht med. 62 Kil.

Kopf gross und brachycephal. Gesicht lang, Unterkieferast hoch und breit, Kinn spitz; beide stark vorgeschoben. Untere Zahnreihe überragt die obere um $1/_2$. — Strabismus divergens. — Incisura auriculae fehlt beiderseits. Erbliche Disposition von Seiten der Mutter. — Haltung des Kopfes nach hinten.

6. Busch, 32 Jahre alt, rec. 17. März 1877. Magd; aus einer mit Geistesstörung und Selbstmord stark belasteten Familie, Mutter eines unehelichen Kindes; bisher gesund, seit 2 Jahren an Melancholie und Wahnsinn leidend.

Statur gedrungen, klein, Körperlänge 148 Ctm., Körpergewicht 53 Kil. Kopf gross, rund, brachycephal. Stirn steil. Stirnhöcker überragend. Augen tiefliegend. Orthognath. Gesicht klein, Kinn niedrig, nach vorn gebogen. Untere Zahnreihe stösst auf die Schneide der oberen. Zähne wohlgebildet. Incisur. auricul. fehlen. Leichter Strabism. convergens. Kopfhaltung steif, etwas gesenkt.

7. Wäzel, geb. 27. März 1857, rec. 30. August 1872. Dienstmagd; von Jugend auf geistig beschränkt, seit 2 Jahren äusserst träg; früher gesund; seit dem 15. Jahre regelmässig menstruirt. Stupor. — Erbliche Anlage.

Robust, 158 Ctm. gross. — Kopf gross und rund, brachycephal. Stirn gewölbt, Augen tiefliegend. Gesicht rund, fast breiter als lang. Orthognath. Gaumendach breit. Ohren klein, anliegend. Incisura auriculae fehlen. Unterkiefer niedrig. Kinn rund, vorragend. Untere Zahnreihe rückwärts gebogen, niedrig, von der senkrecht oberen bis an die Wurzel bedeckt. — Füsse normal. Kopfhaltung gesenkt.

Schliesslich sei noch des Beispiels einer geistig durchaus Gesunden gedacht.

8. Fräulein X., 25 Jahre alt. Körperlich gesund, geistig begabt; beweglich, sanguinischen Temperaments. Sehr corpulent.

Körperlänge 163 Ctm., Körpergewicht 82.5 Kil. Kopf gross, rund, brachycephal. Stirn gewölbt, breit. Stirnhöcker flach. Augen nicht tief. Nase kurz, Gesicht rund. Kinn rund und platt. Unterkiefer hoch; untere Zahnreihe überragt die obere um $^1/_4$. Gaumendach breit. — Ohrläppchen-Einschnitt fehlt. Schilddrüse leicht geschwellt. Hände und Füsse normal. Kopfhaltung nach hinten.

Findet sich demnach die progenee Kopfbildung unter einer Zahl von ca. 120 Männern in 24 Fällen, mithin in ca. 20%, so ist dieselbe unter den Frauen der Anstalt in weit geringerer Zahl und zwar mit ca. 7% vertreten. Der Grund hierfür mag einestheils in der geringeren Frequenz überhaupt, möglicherweise auch darin zu suchen sein, dass epileptische Frauen meistentheils dem Landes-Siechenhause und nur äusserst selten der Irrenanstalt zugeführt werden; endlich auch in dem selteneren Vorkommen der Paralyse bei Frauen.

Die epileptische Seelenstörung ist bei unseren 24 progeneen Männern durch 8 Fälle (32%), also in auffälliger Häufigkeit vertreten. Nur in 1 derselben reicht der Beginn des Leidens bis in die früheste Kindheit zurück (No. 12), bei 4 haben die Pubertätsjahre (No. 1. 3. 7. 23), bei 2 (No. 16. 19) das frühere und bei 1 (No. 13) das höhere Mannesalter dasselbe zur Entwickelung gebracht.

Nur in 1 der Fälle (No. 3) ist Onanie als ätiologisches Moment nachweisbar; in 1 Falle ist Einwirkung von Kälte und Nässe (No. 7, Töpfer), in 2 anderen (No. 16. 19), von Hitze neben dem Genuss von Spirituosen als Ursache zu vermuthen. Bei No. 13 hat die Trunksucht gleichzeitig mit der Epilepsie begonnen. Als erblich disponirt erscheinen 3 Fälle. In der väterlichen Familie von No. 3 ist Epilepsie heimisch; die Mutter von No. 1 litt wiederholt an apoplektischen Anfällen; ein Vatersbrudersohn von No. 16 ist blödsinnig.

Die paralytische Seelenstörung findet sich in 4 Fällen (No. 4. 5. 6. 17).

Bei No. 4 und 5 datirt die Krankheit seit wenigen Wochen, bei 6 und 17 sind 2—3 Jahre darüber verflossen; der Ausbruch geschah bei No. 6 im Alter von 35 Jahren, bei No. 17

mit 44, bei No. 4 mit 47, bei No. 5 mit 50 Jahren; bei No. 6 durch Trunksucht und Arbeit in der Schmiede, bei No. 5 durch Schreck über das Verunglücken seines Sohnes, bei No. 17 durch geistige Anstrengung, bei No. 4 unter Geschäftssorgen und mit einem Leiden der Retina, vielleicht in Folge einer früheren Infection. Sämmtliche Kranke waren intelligent und führten, mit Ausnahme von No. 6, einen soliden Lebenswandel. Erblich disponirt war nur H. (No. 4) und zwar von Seiten des Vaters; ein bizarres Wesen findet sich in der Familie des R. (No. 17).

Mit Manie in Folge von Trunksucht mit und ohne Vorangehen von Delirium potatorum fanden sich unter den Progeneen 4 (No. 11. 20. 21. 24), mit Verrücktheit, Verfolgungswahn jüngeren und älteren Datums die übrigen 8 (No. 2. 8. 9. 10. 14. 15. 18. 22). — In der ersten Kategorie erwies sich nur No. 21 erblich belastet, in der zweiten dagegen sehr stark No. 9; minder stark No. 14 und 22. Von den anderen lässt sich bei der Mangelhaftigkeit der Familien-Nachrichten nichts darüber mittheilen. — Gleichwohl findet sich gerade in dieser Reihe der Kranken eine Anzahl eigenthümlicher Verbildungen einzelner Körpertheile, so dass bei ihnen zumeist an erbliche Uebertragung zu denken ist. Erbliche Disposition ist indess nur in 8 (9) von sämmtlichen 24 Fällen als sichergestellt anzunehmen; dieselbe findet sich dagegen unter den 7 Fällen der Frauen 4 Mal. Unter den Krankheitsformen überwiegt bei letzteren die Melancholie (in 4 Fällen).

Die mit der progeneen Kopfbildung vergesellschafteten Anomalieen sind, nach der Häufigkeit des Vorkommens bei unseren Kranken geordnet, folgende:

1. Mangelhafte Anheftung des Ohrknorpels in 17 Fällen.
2. Plattfuss — in 8 Fällen.
3. Verkrümmung der Unterextremitäten in 5 Fällen.
4. Abnorme Schmalheit des Gaumendaches (Uraniscostenia) in 7 Fällen.
5. Strabissmus in 6 Fällen.
6. Struma in 5 Fällen.
7. Asymmetrie der Zähne in 3 Fällen.
8. Abnorme Länge einer Hand 1 mal.

Bei sorgfältigerer Beachtung dieser nebensächlichen Zustände, deren Ermittelung in manchen Fällen mit Schwierigkeiten verbunden ist, wird man, meines Erachtens, noch anderweitige jedenfalls zahlreichere und für die Diagnose des Irrseins namentlich in zweifelhaften Fällen verwerthbare Punkte finden, wie es schon durch *Morel* für seine Kategorie des erblichen Irrseins geschehen ist. Schwieriger freilich wird es sein, die Fäden bis zu dem Punkte zu verfolgen, welchem sie entspringen und sich als Wahrzeichen eines vor oder bald nach der Geburt sich entwickelnden Entartungsprocesses darstellen.

Sicher sind diese Nebendinge nicht alle von gleichem Werthe. So finden wir die auch bei ganz gesunden Individuen vorkommende mangelhafte Anheftung der Ohrmuschel bei den Progeneen zwar in der Hälfte der Fälle, gleichwohl aber bei einigen mit starker erblicher Belastung nicht; dasselbe ist der Fall bezüglich der Abnormitäten an den Füssen (vgl. Tab. II.). Wo dagegen mehrere dieser Nebendinge bei einem und demselben Individuum zusammentreffen, da wird man, zwar nicht mit juridischer Schärfe, aber doch als erfahrungsmässiges Ergebniss von Thatsachen die Wahrscheinlichkeit einer Störung auf Grund ererbter Anlage aussprechen dürfen (wie z. B. in No. 4 der Frauen), wenn auch die Thatsache der Familien-Anlage zu Geistesstörung nicht bekannt wäre.

Um diesen Gegenstand schliesslich behufs der Vergleichung der einzelnen Fälle übersichtlich zusammenzufassen, dient die nachstehende

Tab. II. Erbliche Anlage und abnorme Bildungen bei progeneen

	Männern.		Frauen.	
Erbliche Anlage . .	in Beob.	1. 3. 4 9. 14. 16. 21. 22	Beob.	4. 5. 6. 7
Defectus Auriculae . .	„ „	2. 3. 5. 8 9. 10. 11. 12. 16 17. 18. 20. 21	„ „	— 5. 6. 7. 8
Plattfuss	„ „	1. 5. 7. 9. 10. 19. 24	„	4
Verkrümmung d. Unter-Extremitäten	„ „	9. 10. 11. 19. 22	„	—
Uraniscostenia	„ „	3. 7. 12. 15 16. 22	„	4
Strabismus	„ „	2. 5. 21	„	4. 5. 6
Struma	„ „	20. 23	„	1. 4. 8
Asymmetrie der Zähne	„ „	12. 16	„	4
Abnorme Läng. d. Hand	„ „	7	„	—

Bernburg, März 1879.

Ueber Psychose beim Militär.

Von

Dr. Fröhlich,

Assistenzarzt des Generalarztes 14. Armeecorps.

Die Psychose streckt ihre Arme über Alle — natürlich auch über die Soldaten aus.

Bei oberflächlicher Beobachtung allerdings sollte man denken, dass psychische Erkrankungen beim Militärstande überhaupt zu den äusserst seltensten Vorkommnissen gehörten, indem ja doch die Elite der männlichen Jugend, die Blüthe der Nation, zu diesen Grundpfeilern des modernen Staates ausgesucht und herangezogen werden, ausserdem war schon bei den Alten das mens sana in corpore sano bekannt. Bei näherer Betrachtung jedoch stellt sich heraus, dass keinem anderen Berufe eine solche Pandorabüchse sowohl psychischer als somatischer Gelegenheitsursachen zu Gebote steht, als gerade diesem; denn nicht blos das Nervensystem ist der Heerd psychischer Krankheitsformen, sondern alle körperlich darniederliegenden Organe sind Bedingnisse, Stufen oder Bestimmungen psychischer Krankheit (*Grohmann* [1])) und alle krankmachenden Ursachen überhaupt können auch entferntere oder nähere Ursachen des Irrsinns sein (*Blumröder* [2])). In erster Linie betheiligen sich hieran körperliche Anstrengungen jeglicher Art, sie sind zur Stählung der Constitution unbedingt nothwendig, aber so Mancher unterliegt denselben. Hierzu kommen klimatische und

---

[1]) Blätter für Psych. von *Friedreich*, 1837.

[2]) Ueber das Irrsein, 1836.

atmosphärische Einflüsse, in ihrem Gefolge Durchnässungen und Erkältungen, Sturz oder Fall vom Pferde und Turngerüste oder bei den übrigen verschiedensten Veranlassungen des Dienstes, u. A. Hitzschlag (*Esquirol* führt unter 710 Fällen in Folge physikalischer Ursachen 16 Mal Sonnenstich als Ursache an; m Bethlehem Hospital wurden 13 solcher Fälle von 1846—60 incl. aufgenommen [1])), zu diesen ätiologischen somatischen Momenten kommen eine Fülle von psychischen Aufregungen nach jeder Richtung hin, und sind es gerade mehr die sich langsam entwickelnden, anhaltenden Gemüthsbewegungen, welche Gefahr drohen (*Nasse* [2])), namentlich gekränkter Ehrgeiz, Zurücksetzung, heftige Zornausbrüche auf der einen, unterdrückte innerliche Wuth auf der anderen Seite, vielleicht auch Schulden, sowie eheliche Unannehmlichkeiten, bleibt doch wohl selten ein Familienleben von der Einmischung häuslicher Sorgen befreit (*Flemming*), Sorgen um die Kinder u. s. w. wie bei jedem anderen Stande auch; unbillig dürfte es erscheinen, wenn man der Liebe, dem Spiel und dem Wein nicht auch einen kleinen Antheil an diesen Gelegenheitsursachen zukommen liesse; auch Onanie und Syphilis fordert ihren Tribut, sowie übermässiges Tabakrauchen, nach *Bonycastle* [3]) noch schädlicher für das Nervensystem als das Trinken; *Calmeil* erwähnt eines Offizieres, der in Folge hiervon an progressiver Paralyse erkrankte [5]).

Uebrigens stimmen alle Schriftsteller darin überein, dass eine Präponderanz psychischer Erkrankungen zwischen dem 16. und 28. Lebensjahre, während der Entwickelungsperiode liege, also gerade in dem Alter, welches das grösste Contingent zum Militär stellt; nach *Riedel* [4]) kommen die meisten Geisteskrankheiten in der Zeit des vollendeten Wachsthumes, der letzten Ausprägung des individuellen Charakters vor; in der Irrenanstalt Prag waren während der Jahre 1835—40 die meisten männlichen Irren der Procentzahl nach Beamte und Soldaten.

---

[1]) Irrenfreund, 1866.

[2]) Rheinisch. Monatsschrift, 1847.

[3]) Oestreich. mediz. Jahrbücher, 1841.

[4]) Canada and the Canadians, London 1846.

[5]) Nach *Mongéri* übermässiges Tabakrauchen Ursache der Geistesstörung bei wohlhabenden Frauen in der Türkei.

Vom Cadetten, dem hoffnungsvollen Sprössling einer alten Familie und der Freude seiner Eltern, welchen Verführung und Nachahmungstrieb im kindlichen Alter zu fortgesetzter Masturbation treiben und ihn schliesslich bis zur onanistischen Verrücktheit brachten, an beginnend bis zu dem alten, im Dienst ergrauten Invaliden, der stets treu und unverdrossen seinem Könige gedient, und schliesslich, vom Altersblödsinn überrumpelt, noch dem pietätlosen Gespötte und der Belustigung unverständiger Leute verfällt, finden wir alle Formen der Geisteskrankheit beim Soldatenstande vertreten.

Obwohl wir nun in fast allen Anstaltsberichten und bei jeder Aufzählung von Krankengeschichten aus ersteren finden, dass eine mehr oder weniger grosse Zahl von Soldaten darunter enthalten ist, so fehlen doch eigentlich genauere und bestimmte Angaben hierüber; abgesehen von den Beobachtungen während des oder nach dem Kriege, worüber weiter unten, finden wir zunächst Bemerkungen über das Irrsein bei den Soldaten bei *Arnould* [1]). Derselbe hatte in einem Zeitraume von 15 Monaten in Val-de-Grace im Ganzen 35 Fälle, worunter 3 Simulanten, 15 an chronischem Alkoholismus, 5 an allgemeiner Paralyse, worunter 2 Offiziere; 28 dieser Kranken waren über 27 Jahre alt, ferner ist noch zu erwähnen, dass Melancholie bei denselben häufiger mit Aufregung als mit Depression verbunden, die Wahnideen traurigen Charakters, und die Kranken geschwätzig und mehr zum Zorn als zum Weinen geneigt waren; nach *Bertillon* [2]) nimmt die Disposition des Soldaten zum Irrsein mit dem Alter in der Dienstzeit zu, während es bei Civilisten umgekehrt ist, derselbe fand Geisteskrankheit bei Offizieren 4 Mal so häufig, als bei der Mannschaft; *Dufour* [3]) hat in 34 Jahren (1838—72) 184 Soldaten behandelt und hält Seelenstörungen bei ihnen für häufiger als bei der Civilbevölkerung, am häufigsten war Manie mit günstiger, und Melancholie mit ungünstiger Prognose, Paralyse hat namentlich in den letzten Jahren bedeutend zugenommen, das Irrsein zeigte sein Maximum zwischen 20 und 30 Jahren, Offiziere waren

[1]) Gazette de Paris, 1863.
[2]) Annal. méd. psych. 1870.
[3]) Annal méd. psych. 1872.

befallen 37 = 20%, worunter 54% Paralyse, als Grund führt er mit an Ehelosigkeit (?); nach dem Giornale di medicina militare [1]) waren in den letzten 20 Jahren in Florenz 114 vom Soldatenstande an Psychose erkrankt, darunter 18 Offiziere (10 hiervon allein mit progressiver Paralyse), auch hier hält man erzwungenes Cölibat und Trennung von Familie und Heimath für ätiologische Momente, bemerklich war noch die Neigung zum Selbstmorde; überhaupt lässt sich der Zusammenhang des Selbstmordes mit der Psychose nicht läugnen; *Mair* [2]) hat in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Selbstmord pathologische Veränderungen gefunden und betrachtet die Selbstmörder deshalb, wenn auch nicht immer als Irre, doch immer als Kranke; zu erwähnen dürfte noch sein, dass in der Wiener Garnison während der Jahre 1859—62 im Ganzen 75 Selbstmorde vorfielen, worunter allein 11 Offiziere und 3 Aerzte, den weitaus grössten Procentsatz hiervon stellten die Deutschen [3]); in der preuss. Armee kommen nach *Abel* [4]) nächst der englischen die meisten Selbstmorde vor und zwar bilden die Unteroffiziere daselbst relativ die Majorität. *Damerow* [5]) bezeichnet die Selbsttödtungen als nähere oder entferntere Krankheitssymptome, als einzig radicales Vernichtungsmittel des ziellosen Seelenschmerzes, als Nothwehr gegen sich selbst, zugleich aber auch als Zeichen psychischer Haltlosigkeit und Leere.

Zu den schon im Frieden in hervorragender Weise einwirkenden Schädlichkeiten kann sich nun noch der Krieg hinzugesellen mit all' seinen Schrecknissen, Gefahren und Entbehrungen jeglicher Art, bei welchem ohnehin alle menschlichen Leidenschaften, welche nach *Ideler*'s [6]) Auffassung schon an sich Gemüthskrankheiten waren, aus dem innersten Grunde des Herzens aufgewühlt werden. Ueber die Einwirkung der Leidenschaften bei der Psychose haben sich die Ansichten im

---

1) Allg. militärärztl. Zeitung, 1870.
2) Bayr. ärztl. Intelligenzblatt, 1861.
3) *Engel*, Spitalzeitung 1864.
4) Preuss. militärärztl. Zeitung 1862.
5) Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, XXII. Bd.
6) Grundriss der Seelenheilkunde, 1838.

Laufe der Zeiten sehr geändert. In der französischen Sprache wird mit „passion" sowohl Gemüthsbewegung, als Leidenschaft bezeichnet und unterschied *Descuret*[1]) namentlich dreierlei Hauptformen derselben: 1) animale, das waren Trunksucht, Schlemmerei, Zorn, Trägheit, Furcht, Wollust; 2) sociale = Liebe, Stolz, Eitelkeit, Ehrgeiz, Neid, Eifersucht, Geiz, Spielsucht, Selbstmord, Duellwuth, Heimweh; 3) intellectuelle für Studien, Musik, Sammlungen, Kunst, Fanatismus; nach *Guislain* sind Leidenschaften die Potenzirungen der entsprechenden physiologischen Zustände, Ausartungen des sittlichen Grundcharakters zum Excess, nach *Jacobi*[2]) hingegen sind die excessiven Richtungen der Geistesgesunden von den geisteskranken Zuständen, jene aus sittlichen, diese aus anthropol. Missverhältnissen entstehend, gänzlich verschieden; nach *Laehr*[3]) erzeugen ungezügelte Leidenschaften in dem Gehirne eine Reizbarkeit, die durch die geringsten Anlässe in Wirksamkeit gesetzt, leicht zu Wahnsinn führt und werden sie deshalb psychische Krampfzustände von ihm genannt, nach *Damerow*[4]) bedingen die durch die Affecte und Leidenschaften bedingten körperlichen Zustände nothwendig die Anlage, die Neigung zu den entsprechenden Affecten und psychischen Krankheitsformen.

Zu diesen auf die Entstehung von Geisteskrankheiten immerhin einflussreichen ätiologischen Momenten kommen noch psychische Eindrücke aller Art, Sorge um das etwaige Schicksal der zu Hause Verbliebenen, hinzutretende, vielleicht nur vermeintliche Kränkungen, unbefriedigter Ehrgeiz, das eigene Bewusstsein, bessere Berücksichtigung im Vergleiche zu Anderen wohl verdient zu haben, hierzu eventuell harte Schicksalsschläge während des Feldzuges selbst, verlorene Schlachten u. s. w., denn wenn auch nach Moltke erst in Niederlagen der innere Werth einer Armee zur Erscheinung kommt, so wirken immerhin doch derartige Missgeschicke im Allgemeinen deprimirend auf die Gesammtmenge ein. In Folge aller dieser Momente darf man sich nicht wundern, dass noch nach Jahren

---

[1]) La médicine des passions, 1841.

[2]) Seelenstörungen, 1844.

[3]) Ueber Irrsein, 1852.

[4]) Ueber die Grundlage der Mimik, Allg. Zeitschr. f. Psych. XVII. Bd.

nach dem Friedensschlusse der Krieg seine unheimlichen Schatten wirft und immer fort mit seinen gierigen Armen nach neuen Opfern greift.

Im Ganzen sind die Ansichten, ob Krieg und grosse Volksereignisse überhaupt die Zahl der Geisteskranken vermehren, sehr getheilt und ist es namentlich bei den Franzosen zu einer Streitfrage hierüber geworden; nach *Brierre de Boismont*[1]) vermehrt jedes bedeutende Ereigniss, jedes grosse Volksunglück die Zahl der Geisteskranken, *Flemming*[2]), der die Vorfälle des Jahres 1848/49 mit erlebte, theilt gleiche Ansicht und behauptet, dass die gewaltige Bewegung nur an verhältnissmässig Wenigen vorübergegangen sei, ohne einen Widerklang in ihrem Gemüths- und Geistesleben zu wecken; hingegen wollen *Ferrus* und *Baillarger* in derselben Zeit keine Vermehrung von Geistesstörungen beobachtet haben; aus der neuesten Zeit ist der Hauptvertreter der letzteren Meinung *Legrand du Saulle*[3]), nach ihm soll der geistige Zustand der Pariser während des Jahres 1870/71 keineswegs in vermehrter Weise durch die unglücklichen Begebenheiten dieses Jahres berührt worden sein, während hingegen *Voisin*[4]) und namentlich *Hospital*[5]) das stricte Gegentheil behaupten; letzterer fand Psychose in den vom Feinde besetzten Departements häufiger und knüpft daran die Bemerkung, dass die Erfahrung, dass ein ganzes Volk eine solche moralische Erschütterung mit allen ihren Folgen erleide, schon im Alterthum gemacht worden sei, ferner in Frankreich vor der grossen Revolution, ähnlich im ganzen Abendlande beim Herannahen des Jahres „1000"; *Equirol* bemerkte in Peru nach der Eroberung durch die Spanier eine Zunahme von Geisteskrankheiten, in Nordamerika gleiche Beobachtung nach dem Unabhängigkeitskriege, in England zu Anfang des letzten Jahrhunderts; beim Rückzug aus Russland fand man unter den Trümmern der grossen Armee zahlreiche Geisteskranke, ähnliche Fälle *Demaszy* (1830), *De-*

---

1) Annal. d'hygien publique, 1839.
2) Die politische Aufregung u. s. w. Allg. Zeitschr. f. Psych. VII. Bd.
3) Gaz. des hôpit. 1871.
4) Vorträge u. Geisteskr. l'Union 1872.
5) Annal. méd. psych. 1875.

lasiauve (1848), *Esquirol* (1815), *Pinel* aus den Kriegen der Republik, *Quesnoy* u. s. w.

Ob beim Militär in Kriegszeiten die Disposition zu Psychosen zunimmt oder nicht, scheint mir vorläufig eigentlich ein sehr unnützer und nur auf theoretischem Raisonnement beruhender Streit zu sein, denn nach dem gegenwärtigen Stande der Irrenstatistik kann es sich bei dieser Frage nur um subjective Ansichten halten und kann dieselbe auch nicht einmal annähernd richtig beantwortet werden; so gut übrigens im Kriege alle übrigen Erkrankungen beim Militär rapide steigen, ebenso dürften auch bei einem Zusammenkommen so vieler somatischer und psychischer Veranlassungen die Geistesstörungen von Soldaten nach den einfachen Gesetzen der Logik im Zunehmen begriffen sein und einen weit höheren Procentsatz von derartigen Erkrankungen, als in Friedenszeiten ergeben. Wollte man einige Jahre nach einem Kriege die Krankengeschichten der Irrenanstalten hinsichtlich ihrer Aetiologie genau prüfen, so würde man ganz gewiss bei dem weitaus grösseren Theil der männlichen Bevölkerung in denselben irgend einen Zusammenhang mit dem Kriege selbst entdecken können.

Genauere Angaben hierüber sind im Ganzen noch sehr wenig bis jetzt gemacht worden, obwohl wiederholt bedeutende Irrenärzte wie *Damerow*, *Nasse* u. s. w. hierauf aufmerksam gemacht haben. Aus den bekannten Zusammenstellungen [1]) mögen hier kurze Erwähnung finden, vor Allem *Damerow* [2]), derselbe beschreibt einen jungen Militärarzt, der an hypochondrischer Melancholie nach der Emeute in Erfurt am 24. Nov. 1848 erkrankte, angeblich entsetzlich erschüttert durch den Anblick der Verwundeten; allerdings war derselbe schon früher geisteskrank gewesen. *Nasse* [3]) hat in Folge des Krieges 1866 im Ganzen in Siegburg 14 Fälle beobachtet und unterscheidet zweierlei Gruppen, die eine, bei welcher schon prädisponirende Elemente zur Psychose sich verwerthen liessen, und die andere, wo ohne

---

[1]) u. A. Beobachtungen von *Reimer*, *Schröter*, *Ideler*, *Weyert*, *Meschede*, *Fränkel*, *Mendel*, *Koster*, *Vorster*, *Meyer*.

[2]) Zur Krankheit des politisch. Wahnsinns. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie VII. Bd.

[3]) Bemerk. üb Geistesstörung. b. Militärärzten, XXVII. Bd. d. Zeitschr.

diese die Geisteskrankheit in unmittelbare Beziehung zum Feldzug zu setzen war, fast alle diese Fälle zeigten als gemeinsamen Zug unheilbare psychische Schwäche, die wiederum als eine Folge der aufregenden und schwächenden Einflüsse des Krieges angesehen werden kann. *Huppert* [1]) beschreibt 6 Fälle in Folge des gleichen Krieges, von denen bei 2 einzig und allein, bei 1 im Wesentlichen die Schuld der Feldzug resp. die Entbehrungen und Anstrengungen waren, während die 3 übrigen Soldaten psychisch veranlagt erschienen, neben der tiefen psychischen Störung kamen ganz exquisit motorische Störungen zur Beobachtung, eine Erscheinung, die auch schon *Nasse* schilderte; *Hospital* [2]) erwähnt eines interessanten Falles bei einem Offiziere, welcher während des Krieges statt Beförderung wegen einer ruhmvollen That die Zurückschickung in ein Lager nach dem Süden und dadurch eine grosse Enttäuschung erfuhr, dortselbst war er in einem Zelte mit 5 Kameraden zusammen, welche alle in Folge der grossen Hitze mit Delirium behaftet wurden (Sonnenstich), einer hiervon tödtete sich in seiner Gegenwart auf grässliche Weise, in Folge hiervon Melancholie, er suchte sich herabzusetzen, wollte Domestike werden, aus einem höheren Stande in einen niederen treten, ein Symptom, das *Hospital* Mikromanie nennt. Schliesslich finden wir unter den 40 von *Samt* [3]) beschriebenen Fällen von epileptischen Irrseinformen ausser den Soldaten (5) noch 4 andere, welche den Feldzug mitgemacht hatten und deren Krankheit auf letzteren zurückgeführt werden kann, als Ursachen werden angegeben, Trinken, Sturz, Druck des Helmes u. s. w.; *Wendt* [4]) in Allenberg hat 14 Soldaten behandelt, bei denen die Krankheit mit Bestimmtheit auf den Krieg zurückzuführen ist, als ätiol. Momente führt er an, Zurücksetzungen, Kränkungen, Schusswunden; *Nasse* [5]) führt von 1870/71 27,

---

[1]) Zur Casuistik des Irrseins in Folge des Feldzuges 1866; XXVIII. Bd. ds. Zeitschr.

[2]) *Schmidt*'s Jahrbücher, 171. Bd.

[3]) Epileptische Irrseinformen; Archiv f. Psychiatrie, Bd. V. u. VI.

[4]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXXI. Bd.

[5]) Psych. Section der Naturforscherversammlung zu Leipzig, 1872.

Jolly[1]) und *Dick*[2]) je 10 meistens schwere Fälle an; *Arndt*[3]) deren 15.

Die genaue Kenntniss der Psychosen ist bisher bei den Aerzten des Soldatenstandes nicht weniger stiefmütterlich behandelt worden, als bei denen des Civilstandes. Wenn *Kirn*[4]) in einer Versammlung von Irrenärzten bedauert hat, dass die praktische Psychiatrie immer noch keinen Eingang gefunden habe in dem Untersuchungszimmer des Militärarztes, so erlaubt sich hingegen der Verfasser dieser Zeilen, welcher in seiner früheren mehrjährigen Thätigkeit an einer der bedeutendsten Irrenheilanstalten Deutschlands (Leubus) nur zu oft Gelegenheit hatte, sogenannte Gutachten über Geisteskranke von amtlichen Civilärzten lesen zu müssen, die Frage, in wie vielen Untersuchungszimmern von praktischen Civilärzten denn die Psychiatrie gründlich bekannt ist und wissenschaftlich betrieben wird — die guten Rathschläge von Zerstreuungen, Reisen in grosse Städte, Seebäder und Kaltwasseranstalten an beginnende Paretiker stammen doch meistens aus dieser Quelle. *Pinel* und *Esquirol* hatten schon Anfang dieses Jahrhunderts psychiatr. Kliniken; erst in neuerer Zeit hingegen fängt man auch im übrigen Deutschland an psychiatrische Kliniken zu errichten und ist bestrebt, die Psychiatrie als Prüfungsgegenstand in die Examenfächer aufzunehmen, wie beides mein engeres Vaterland Bayern schon lange besass. Die psychiatr. Klinik in Berlin wurde 1840, in Erlangen 1849 eröffnet, auch *Marcus* hielt schon um diese Zeit seine psychiatrische Klinik in Würzburg. Sogar Russland hatte schon im Jahre 1859 eine psychiatrische Klinik unter *Balinsky*. Der Ausspruch *Leidesdorf*'s[5]) auf der Naturforscherversammlung in Innsbruck, dass die psychiatrische Ausbildung der Aerzte und Aufklärung der Bevölkerung über Geisteskranke der Gesellschaft den besten Schutz gegen die Irren gewähren, kann nicht genug beherzigt werden.

---

[1]) Archiv. f. Psychiatrie, III. Bd.

[2]) Aerztl. Jahresbericht von Klingenmünster, 1870—71.

[3]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXX. Bd.

[4]) Ueber die Verkennung von Seelenstörungen im Militärdienst. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. XXXI. Bd.

[5]) Protokoll der 43. Naturforsch. Versammlung, 1869.

Bird [1]), früher 2. Arzt in Siegburg, veröffentlichte bereits im Jahre 1834 einen Plan zur Stiftung einer Akademie für psychische Heilkunde, nach welchem nur ein Mitglied derselben oder der Verfasser einer guten Abhandlung in deren Annalen in einem militärärztlichen Amte vom Bataillonsarzte an oder in einem höheren Civilamte angestellt werden sollte.

Nun vielleicht kommt auch noch einmal die Zeit, in der in Deutschland eine militärische Irrenanstalt erbaut wird; andere Länder sind uns hierin schon vorausgeeilt, so bestand schon 1857 in St. Petersburg [2]) an dem 2. Militärhospitale eine Abtheilung für Geisteskranke und 1865 hatte Russland 2 Anstalten des Kriegs-Ministeriums mit 200 Plätzen sowohl für den höheren Offizier, als den niederen Soldatenstand, selbst Frauen von Militärpersonen finden daselbst Aufnahme, auch England [3]) hatte 1844 zwei derartige Anstalten in dem Seespitale in Haslar und in dem Militärhospitale im Fort Clarence bei Chatam, 1855 hatte *Robertson* als Dirigent der Abtheilung für irre Soldaten eine desgleichen in Yarmouth. Das Bedürfniss einer Militärirrenanstalt wird in einem Berichte an den Lordkanzler ausdrücklich hervorgehoben [4]); Oestreich besitzt eine Militär-Irrenheilanstalt in Tyrnau [5]). Welch grosser Vortheil durch Errichtung einer derartigen Anstalt den deutschen Militärärzten geboten würde, indem dieselben durch abwechselnde Commandirung dahin hinlänglich Gelegenheit hätten, sich in diesem Zweige ihrer Wissenschaft weiter auszubilden, liegt auf der Hand. In jeder anderen Hinsicht sind doch auch glücklicherweise die Zeiten vorüber, in welchen Civilkollegen mit mehr oder minder Recht auf den Feldscheerer mit einer gewissen Geringschätzung herabsahen, und der Militärarzt des 19. Jahrhunderts marschirt jetzt ebenfalls auf dem Gesammtgebiete des medizinischen Wissens mit in der ersten Reihe, wie dies früher in der Chirurgie speciell,

[1]) *Henke*'s Zeitschrift 1834.

[2]) *Schultz*, das Irrenwesen Russlands, 1865.

[3]) The asylum journal 1855 von *Bucknill*.

[4]) Bericht der Commission der Hauptstadt in Irrenangelegenheiten an den Lordkanzler, 1844.

[5]) (Wiener medizinische Wochenschrift 1878) in derselben befanden sich December 1877 32 Offiziere, 84 Mannschaften.

die damals allerdings auch noch als Stiefkind behandelt wurde in England, Deutschland und Frankreich schon immer gewesen war. Natürlich gilt hier ebenso wie beim Civil ein „est modus in rebus“.

Es unterliegt wohl kaum einem Zweifel, dass erblich belastete Individuen durch die nicht geringen Anstrengungen und Strapazen, welche der Beruf des Kriegers im Gefolge mit sich führt, leicht in die Lage kommen können, von dem Erbtheile ihrer Väter zu ihrem eigenen Nachtheile Gebrauch machen zu können und ist deshalb *Kirn*'s [1]) Warnung, schon bei der Aushebung mehr Rücksicht auf den psychischen Zustand der Leute zu nehmen, nicht so ganz unbegründet und auch schon längst von competenter Seite anerkannt worden, wenn Ersterer nur hätte genau angeben wollen, auf welche Weise dies eigentlich vorgenommen werden könnte, denn wer auch nur einmal einer Aushebung von mindestens 200 jungen Leuten, die des süssen Weines grösstentheils voll und nicht immer dem Soldatenstande allzu hold gesinnt sind, an einem einzigen Vormittage beigewohnt hat und dabei der Pflicht des Militärarztes dem Staate gegenüber eingedenk ist, wird die ganze Schwere dieser Aufgabe zu würdigen wissen. Ausserdem mögen hier *Seifert*'s [2]) Worte Platz finden, welcher es als eine unleugbare Thatsache bezeichnet, dass es nirgends mehr Irrthümer und Vorurtheile gebe, als in Bezug auf die Erkennung und Beurtheilung des Wahnsinnes, hier lässt unser erleuchtetes Zeitalter selbst manchen ärztlichen Genossen in tiefem Schatten wandeln.

Lassen wir nun die einzelnen Formen der Geistesstörung beim Soldatenstande vor unseren Blicken vorüberziehen, so sehen wir zunächst den Rekruten nach ganz kurzer Dienstzeit regungslos gegen alle Eindrücke, mit schmerzlich ängstlichem Gesichte, tief eingegrabenen Falten, von ungeheuerem Weltschmerz befallen, vor sich hinbrüten; einen anderen treibt die unbezwingliche Sehnsucht nach den heimathlichen Bergen, wenn er auch dort im Vergleiche zu seiner jetzigen Verpflegung bittere Noth leiden musste und Fleischspeisen mehr dem Namen

[1]) l. c.

[2]) *Schmidt*'s Jahrbücher, Bd. 84.

nach als in Wirklichkeit kannte, unwiderstehlich zur Fahnenflucht, er weiss recht gut sein Unrecht, sieht seine Strafe voraus und doch — das hat das Alphorn mit seinem Singen gethan — er verlässt seinen Posten und eilt der Heimath zu, es ist bekannt, dass gerade unter den sehr gut und human gehaltenen Truppen aus Nostalgie hervorgegangene Melancholie nicht selten ist (*Hirsch* [1])); namentlich der Schwarzwälder, der doch mit seinen Uhren die ganze Welt durchstreift, kehrt immer wieder aus Sehnsucht nach seinen düsteren Bergen in die Heimath zurück. In welch naher Beziehung das Heimweh zur Psychose steht, wird von allen Schriftstellern über Psychiatrie anerkannt, nach *Benoist de la Grandière* [2]) gehört dasselbe unter die Seelenleiden und ist unter allen Ständen der Militärstand derjenige, welcher dasselbe am meisten hervorruft (auch Matrosen, Marinesoldaten), als Grund führt *B.* an, plötzlichen Wechsel des Klimas, der Nahrung und Kleidung, sowie sämmtlicher Lebensverhältnisse zu einer Zeit, wo Körper und Geist noch in der Entwickelung ist; vor Allem aber liefern die Kriegszeiten die Meisten; unter den einzelnen Völkerstämmen werden hiervon betroffen zunächst die Lappländer, Grönländer und Indianer, sehr häufig ist Heimweh in der Schweiz, namentlich in der deutschen, in Frankreich sind hauptsächlich hierzu geneigt die Bretonen, die Corsen und die Bewohner der Vendée, in Italien ist es seltener, meistens noch bei den piemontesischen und sicilischen Truppen vorkommend; in England, besonders aber in Irland am seltensten, *Benoist* hält die allgemeine Wehrpflicht für ein prophylaktisches Mittel gegen Heimweh; Aufsätze über Heimweh [3]), die das Obige bestätigen finden wir bei *van Swieten, Cullen, Sauvage, Sagar, Pinel, Broussais* etc., die erste Abhandlung darüber ist von *Johann Hoffer* aus Basel (1685). — Ein dritter endlich von dieser Gruppe macht seinem eingebildeten Leiden mit einem Male ein Ende durch einen Sprung in das Wasser, durch einen Druck mit dem Dienstgewehre, zu welchem er sich heimlicher

[1]) Medizinische Geographie.

[2]) De la nostalgie, 1873.

[3]) Nach *Petrowitsch* ist die Heimwehkrankheit eine besondere Neurose de la nostomanie, Paris 1866.

Weise eine scharfe Patrone zu verschaffen wusste, oder knüpft sich an irgend einem Baume auf; ein Dritttheil aller Selbstmorde beim Militär entspringt aus dieser Veranlassung.

Die nächste Gruppe bildet die progressive Paralyse, leider ist diese prognostisch so ungünstige Form unter allen psychischen Erkrankungen beim Militär verhältnissmässig am häufigsten, namentlich bei den Berufssoldaten, eine Erfahrung, welche alle Irrenanstalten bestätigen können, nach *Rodrigues* [1]) preisgekrönter Schrift findet man Soldaten wahrscheinlich zufolge ihres mit so grossen Strapazen verknüpften, oft auch ausschweifenden Lebens häufig unter den Paralytikern, nach *Brierre de Boismont* [2]) sind Charakterveränderungen der auffallendsten Art eine der gewöhnlichsten Erscheinungen hierbei, Individuen in vorgerücktem Alter, die eine Aenderung im Charakter und Betragen zeigen, Dinge sich zu Schulden kommen lassen, die mit ihren Grundsätzen und ihrer früheren Handlungsweise in directem Widerspruch stehen, lassen eine intellectuelle Störung mit Wahrscheinlichkeit vermuthen, u. A. auffallend, statt der früheren Reizbarkeit Apathie und Trägheit, und umgekehrt, sowie Verschlechterung der Sitten und des Gemüthes. — Wir finden einen scheinbar in voller Manneskraft strotzenden Mann von blühendem Aussehen, aus mehreren Feldzügen mit Auszeichnung zurückgekehrt, glücklichen Familienvater, Stolz seiner Familie, beliebt bei Untergebenen wie Vorgesetzten, er klagt hier und da über Kopfschmerzen, leichte Ermüdung und angeblich rheumatische Beschwerden, ein Andenken an den Feldzug, wie er selbst lächelnd sich ausdrückt, dem beobachtenden Arzte zeigen jedoch unbedeutendes Zittern der Zunge, ein hie und da undeutlich ausgesprochenes Wort, kleine Unregelmässigkeiten in den Schriftzügen im Hintergrunde das drohende Damoklesschwert über dem Haupte des anscheinend völlig Gesunden und das tückische Gespenst der beginnenden Paralyse. — Ferner der früher sehr geübte, mit wissenschaftlichem Eifer beseelte Militärarzt bemerkt wohl meistentheils an sich selbst mit Schrecken die Vorläufer der psychischen Erkrankung, sonst ihm ganz geläufige, keinen besonderen Auf-

[1]) Ueber die allgemeine Paralyse bei Geisteskranken (revue médic. 1838).

[2]) Annal. d'hygiène. 1860.

wand von geistiger Kraft erfordernden Arbeiten, wie Rapporte, Ausstellung von Attesten u. s. w. bieten ihm jetzt bisher gänzlich unbekannte Hindernisse dar, die Behandlung der Kranken macht ihm Sorgen, er sich selbst Vorwürfe, hiezu gesellen sich Hyperästhesien, als Zeichen der gestörten Sensibilität Kopfschmerz, Schlafmangel, er versucht seine ganze moralische Kraft gegen das anstürmende Geschick einzusetzen, umsonst — auch er entgeht seinem Kismet nicht, auch ihn wird bald der Grössenwahn in eine gehobene Stimmung hinüberführen, aus welchem das psychische, unrettbare Verfallen in ein Nichts um so greller für die ängstlich besorgte Umgebung hervorleuchtet, wenn er nicht vorher in dunkler Vorahnung seines kommenden Schicksales mit kundiger Hand sich die Schlagadern öffnet oder mit schnell wirkendem Gifte die Scene beschliesst; ein Anderer sucht gegen das ihm vorschwebende Fatum Hülfe und Trost in der Flasche und erschüttert, beim Schnapsglase angelangt, seine ganze Stellung und sein Ansehen, bis schliesslich zu spät der eigentliche Grund seiner mit dem ganzen bisherigen Verhalten im Widerspruch stehenden Lebensweise erkannt wird. — Hierher gehört auch der von einem, dem Kriegsgotte selbst gleichenden Jünglinge, dem alle Herzen zuflogen und der den Liebesbecher in vollen Zügen bis zur Hefe schlürfte, zum gereifteren Manne herangewachsene Offizier, an dem sich die im Dienste der Venus zu Grunde gerichtete Körperconstitution nur zu bitter rächt, denn „noch Keinen sah ich glücklich enden“ u. s. w., auch er muss seinen Tribut dem unerbittlichen Schicksale darreichen, auch sein Geist ist nach einem kurzen Glückstraume mit meist erotischer Färbung umnachtet und er führt nur noch kurze Zeit ein Scheindasein in einem Asyle, gleichfalls ein Opfer der allgemeinen Paralyse.

Die genaue psychologische Analyse der Biographien Paretischer lehrt, dass mit überwiegender Häufigkeit Individuen mit Mangel der Willensenergie und psychischer Reactionskraft der Parese verfallen; hierher gehören jene geistreichen Sanguiniker, Leute von glänzendem Talente aber ohne Willensenergie (*Seifert* [1])).

[1]) Zur Lehre von der fortschreitenden Lähmung, 1854.

Wieder zu einer anderen Form der Psychose gehört der mit mittleren Fähigkeiten aber mit unbezähmbarem Ehrgeize versehene Offizier, der Repräsentant des sogenannten Streberthums unseres Zeitalters, ohne jedoch die hiezu nöthigen Geistesgaben zu besitzen, in der deutschen Armee scherzweise „der verkannte Generalstäbler“ genannt, er glaubt Alles zu wissen und erreichen zu können und muthet deshalb Körper wie Geist Anstrengungen zu, denen er nicht gewachsen ist, er sieht sich in weiterer Folge verkannt und zurückgesetzt, er ist nach dem Ausspruche seiner Kameraden nervös oder auch, da meistens körperliche Functionsstörungen mit verknüpft sind, ein Hypochonder, die geringste Veranlassung bringt ihn ausser sich, er quält sich selbst am meisten, ohne die Uebrigen zu verschonen, magert ab, hat schlaflose Nächte und unstete Tage und ist sich selbst zur Last; während seine Kameraden am heiteren Mittagstische in unschuldiger Weise seine „Bizarrien und Launen“ bewitzeln, ist der Mann schon wirklich schwer krank und macht uns ganz bedeutende Sorgen um seine Zukunft; derartige Menschen nehmen entweder nach irgend einer vermeintlichen Kränkung plötzlich und unerwartet, unbekümmert momentan um ihr zukünftiges Weiterkommen, ihren Abschied oder endigen auch gar nicht selten durch Suicidium, wenn es nicht rechtzeitig ihren wohlmeinenden Freunden oder verständigen Aerzten gelingt, sie zu einem länger andauernden Urlaube und zur dringend nöthigen Ruhe und Erholung ihres schon krankhaft afficirten Geistes veranlassen zu können; unter solchen Umständen tritt dann nicht selten noch völlige Erholung ein und ein Solcher wird ein ganz brauchbares, wenn auch nicht hervorragendes Mitglied in seinem Wirkungskreise.

Ein alter Unteroffizier, der viele Jahre ohne den geringsten Tadel erhalten zu haben gedient, stets als ordnungsliebender, musterhafter Soldat bekannt und von seinen Vorgesetzten gern gesehen wurde, fängt allmälig an vergesslich zu werden (manchmal in Folge unglücklicher häuslicher Verhältnisse jeglicher Art), unzuverlässig im Gegensatze zu seinem bisherigen Verhalten, vielleicht sucht er Halt in der Flasche, wird liederlich, verlogen, sinkt tiefer und tiefer, bis schliesslich ein vom Arzte schon längst vorausgesehener Tobsuchts-

anfall auch dem Laienauge den eigentlichen Grund seines bisherigen unerklärlichen Verhaltens enthüllt und erklärt.

Die sogenannte Mania transitoria ist bei Soldaten im Allgemeinen verhältnissmässig häufig, leicht erklärlich ist es, zu welchen Unglücksfällen ein derartig plötzlicher Ausbruch der Krankheit bei im Gebrauche von Waffen geübten Leuten unter Umständen führen kann. *Seidler* [1]) erklärte dieselbe bei Soldaten hauptsächlich nach heftigen Erhitzungen, Alkoholmissbrauch entstehend; einen interessanten Beitrag zur transitorischen Manie bei einem Bombardier während eines Wechselfieberparoxysmus finden wir in einem von *Erhardt* [2]) aus Kiew erwähnten Falle, der mit Verwundung einer Frau und Selbstverstümmelung des Betreffenden (totales Abschneiden des Hodensackes) endigte.

Die Folie raisonnante, nach *Brierre de Boismont* [3]) charakterisirt durch den Contrast von verständigem Reden und verkehrtem Handeln meist in schädlicher Richtung und mit bedauerlichen Folgen findet man hin und wieder bei Unteroffizieren, deren Beruf der Soldatenstand ist; meistentheils betrifft dies einen elternlosen Jungen von charakterschwachen Eltern abstammend, vom Vormunde mit der wohlwollenden Meinung zum Soldaten bestimmt, dass er beim Militär gezogen würde; mehrere Jahre vielleicht geht es ganz gut, dann tritt die schlummernde Krankheit in ihre Rechte, er wird liederlich, Strafen folgen auf Strafen, er ist der Compagnie zur Pein, das Irrsein ist die naturgemässe Folge seines Wachsthumes, der Entwickelung seiner von Haus aus defecten Anlagen, er entgeht demselben nicht; in den meisten Fällen desertirt er nach irgend einem Vergehen, treibt sich unter unsäglichen Entbehrungen in allen Ländern herum, tritt in die Fremdenlegion ein, versucht auch dort wieder vergeblich zu entfliehen und nach einer Reihe von Jahren finden wir ihn gebrochen an Geist und Körper, vom Malariafieber durchseucht, im Militärgefängniss wieder, wo er der Schrecken des ganzen Aufsichtspersonals ist, bis er der Civilbehörde zum Unterbringen in eine

[1]) *Henke*'s Zeitschr. für Staatsarzneikunde, 22. Hft.

[2]) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XXIII. Bd.

[3]) L'union, 1866.

Pflegeanstalt, wo derartige in jeder Anstalt gefürchtete Kranke auch gerade nicht sehr gern empfangen werden, übergeben wird, nach *Campagne* [1]) haben Aerger, Krankheit, Elend, Enttäuschung, Alkoholmissbrauch bei dieser Form nur die Bedeutung von Hülfsursachen.

Vertreter des sogenannten Querulantenthums sind beim Militär noch am allerseltensten, obwohl auch diese Form hie und da bei Soldaten vorgefunden wird, wenn dieselben auch nicht zur Bereicherung der Advokaten beitragen, sondern sich meistens nur auf fortgesetzte dienstliche Beschwerden beschränken und sich vielleicht sogar zu Immediatgesuchen verleiten lassen.

Bei weitem wichtiger und schwieriger zu erkennen sind die epileptischen Irrseinformen; sind dieselben mit deutlich erkennbaren Krampfanfällen verbunden, so ist die eigentliche Diagnose nicht schwer, derartige Leute werden dann sofort aus dem Militärdienste entlassen, hingegen ist gerade die Diagnose dieser Form der Geisteskrankheiten beim Soldatenstande mit ungewöhnlichen Schwierigkeiten verknüpft, wenn deutliche Anfälle nicht beobachtet oder verkannt werden; *Samt* [2]) hat in seiner Zusammenstellung von 40 Krankengeschichten über epileptisches Irrsein allein 5 Soldaten und 4, die kurz vorher beim Militär gedient hatten, angeführt; leider bringt ein derartiger Kranker öfter erst eine Zeit lang im Untersuchungsgefängniss zu, bis die eigentliche Ursache seiner fortgesetzten Dienstwidrigkeiten in seiner Krankheit gefunden wird, einen diesbezüglichen Fall hat erst in jüngster Zeit *Gerlach* [3]) veröffentlicht.

Zum Verbrecherwahnsinn stellen die Festungsgefängnisse ebenso wie die Gefängnisse der Civilbehörden ihr Contingent; *Gutsch* [4]) hat in einem Zeitraume von 12 Jahren 84 Seelenstörungen im Bruchsaler Zellengefängnisse beobachtet, darunter

---

[1]) Annal. méd. psych. 1868.

[2]) l. c.

[3]) Irrenfreund, 1879.

[4]) Ueber Seelenstörungen in Einzelhaft. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, XIX. Bd. Geisteskrankheit unter Verbrechern zwischen 3,5% und 1,3% vorkommend (*Baer*, die Gefängnisse, 1871).

befanden sich allein 17 Soldaten, die Verbrechen derselben bestanden grösstentheils in Meuterei, Hochverrath, Majestätsbeleidigung, Insubordination, wiederholter Desertion (seine Statistik fällt in die Revolutionsjahre 1848 und 1849 in Baden), ausserdem aber auch Raub, Diebstahl und Todtschlag; die Zeit der Strafen war von 2 Jahren an bis zur lebenslänglichen Dauer, die hervortretensten psychischen Erkrankungen waren Melancholie und Tobsucht, doch kommen auch Blödsinn und Dementia paralytica vor; ein Theil derselben wurde nach der Heilung begnadigt und wanderte nach Amerika aus; in derselben Zeit kamen daselbst unter den Verbrechern der Anstalt 9 Selbstmorde vor, worunter gleichfalls 2 Soldaten waren.

Dass trotz der strammen Disciplin alkoholistisches Irrsein bei den Soldaten nicht fehlt, dafür sorgt der überall zunehmende Missbrauch des Alkoholgenusses, der den ohnmächtigen Kampf mit dem Laster vorstellt (*Neison, Huss, Morel, Marcet* u. A.); am Häufigsten scheint dasselbe in der englischen und französischen Armee zu sein (Colonien); Quartalssäufer nach *Pelmann*.

Dass auch Formen von Hirnsyphilis vorkommen, ist schon oben erwähnt worden; glücklicherweise sind dieselben selten, wenn auch Venus vulgivaga nur zu häufig ihre Opfer unter den Kindern des Mars sich auswählt. Hierher gehören gleichfalls die Fälle von Syphilidophobie, welche namentlich bei denjenigen, welche früher dem Gotte der Liebe Jahre lang fortgesetzte Libationen darbrachten, kurz vor dem Einlaufen in den Hafen der Ehe aufzutreten pflegt.

Das traumatische Irrsein, namentlich im Kriege beobachtet, tritt entweder in unmittelbarem Anschluss an das Trauma bei vorher Gesunden ein, oder dasselbe steigert die durch diese bewirkte Irritation der psychischen Sphäre zur Psychose (*Landerer* [1])).

Zu erwähnen sind ferner die psychischen Erkrankungen als Residuen acuter fieberhafter Krankheiten, wie Typhus, Variola, Intermittens, beim Terminalstudium der Tuberkulose, sowie nach Insolation, welche nach *Bartens* [2]) ganz plötzlich in den meisten Fällen eintritt; nach *Delacoux* erkrankten 1836

[1]) Bericht über die Irrenanstalt Göppingen, 1878.

[2]) Allg. Ztschr. f. Psychiatrie, XXXIV. Bd.



beim Zuge des Marschalls Bugeaud in Oran bei einer Temperatur von 70° C. in der Sonne 200 Mann auf dem Marsche unter Erscheinungen von Hirnhyperämie, von welchen sich 11 in Folge ängstlicher Hallucinationen das Leben nahmen, *Grisolle* beobachtete Melancholie bei Matrosen, die in heissen Zonen fuhren. *Winge*[1]) veröffentlichte einen Fall von Psychose bei einem Offizier in Folge eines Rückenmarksleidens, das sich derselbe durch eine heftige Durchnässung im Lager ausserhalb des Zeltes zugezogen hatte; *Griesinger*'s rheumatische Hirnaffection findet ihre Bestätigung in zwei Fällen von *Sander*[2]) nach acutem Gelenkrheumatismus bei Soldaten nach Erkältungen; nach Nachlass der Gelenkaffection begann die Gehirnkrankheit (Melancholie), desgleichen beobachtete *Besser*[3]) in Siegburg bei einem Soldaten Psychose mit dem Charakter der Depression nach Gelenkrheumatismus, der in Folge starker Erkältung aufgetreten war; *Neumann*[4]) führt zwei Fälle von Geistesstörung bei Soldaten nach asiatischer Cholera im Jahre 1849 an — ganz plötzlicher Ausbruch von etwa 12stündiger Dauer; *Wiedemeister*[5]) Manie in Folge Inanition 1870/71.

Zum Schluss möge hier noch *Michéa*'s[6]) Fall von Vampyrismus bei einem Unteroffiziere angeführt werden, welcher weibliche Leichen ausgrub und dieselben schändete.

Endlich wahre Muster von senilem Blödsinn findet man in den Invalidenhäusern; und dass auch die Psychosen des Puerperiums, hysterisches Irrsein u. s. w. bei Militär ihren Platz einnehmen, dafür sorgen die zahlreichen für Bevölkerung in den Kasernen sorgfältig bedachten Unteroffiziersfrauen.

Mit den Geisteskrankheiten mehr oder minder im Zusammenhang stehende Zustände reihen sich den obigen an; zunächst der Morphinismus, die neueste Modekrankheit (vergl. *Fiedler, Birch-Hirschfeld, Levinstein*) hat auch schon seine Vertreter beim Militär, indem nicht nur Aerzte und Offiziere, ja selbst

1) Christiania 1856.
2) Rheumatismus u. Geisteskrankh. Allg. Zeitschr. f. Psych. XX. Bd.
3) Allg. Zeitschr. für Psych. XXV. Bd.
4) Lehrbuch der Psychiatrie, 1859.
5) Berl. klin. Wochenschrift 1871.
6) L'union médic. 1849.

schon Lazarethgehilfen, Unteroffiziere, als steten Begleiter die Injectionsspritze mit sich führend, vorgefunden wurden; hieher gehört das Schlafwandeln, bei dem schon mancher Soldat durch Sturz aus dem Fenster verunglückte; dann die Traumzustände und Fälle von Schlaftrunkenheit; während einer solchen wurde in Wien auf der Justizwache ein Soldat durch einen Korporal getödtet[1]); hieran schliesst sich das sogenannte Alpdrücken während des Schlafes (incubus) an; ein Bataillon Franzosen in einer alten Abtei bei Tropea in Calabrien einquartirt, erhob sich um Mitternacht, vom Alp befallen, wie ein Mann und jagte kopfüber vom panischen Schrecken gejagt ins Freie, allen war der Teufel erschienen, der sich auf ihre Brust gesetzt hatte; das Bataillon war nach einem forcirten Marsche in engen Zellen auf Stroh gebettet und waren hier alle disponirenden Ursachen vereinigt, Erschöpfung, Echauffement, schlechtes Lager, Stickluft, eigenthümliches Miasma in leerstehenden Wohnungen, hiezu abergläubige Aeusserungen der Einwohner (*Nasse*[2])). Dass endlich conträre Sexualempfindungen und perverse Triebe beim Militär ebenfalls vorkommen, darauf deutet der berüchtigte *Ulrichs*, der das Geschlecht der Urninge beschrieben, in seinem Panegyricus auf die Päderastie „Numa Numatius“ betitelt wenigstens damit an, dass er derbe Rekruten zu obigem Zwecke allen Uebrigen vorziehe; mir selbst ist es während meiner militärärztlichen Laufbahn vorgekommen, dass ein Soldat eine rossige Stute missbrauchte.

Da in einzelnen Werken auch Simulation von Geisteskrankheiten bei Soldaten erwähnt wird, *Arnould*[3]) zählt deren 3 auf, so darf auch dieselbe nicht übergangen werden, obwohl ich an wirkliche Simulation bei Soldaten überhaupt nicht recht glaube, höchstens wird sie hie und da bei abgefeimten Festungsgefangenen bemerkt[4]); es kommt zwar oft genug vor, dass Einzelne ihre Leiden übertreiben, namentlich jedoch auf einen höheren Pensionsbetrag hoffende Unteroffiziere in der Zeit ihrer

---

[1]) Wiener Presse 1871.

[2]) Zeitschrift für psych. Aerzte, 3. Bd.

[3]) l. c.

[4]) *Vingtrinier* fand unter 43,000 Gefangenen nur einen Simulanten (*Krafft-Ebing*).

Invaliditätserklärung, aber notorische Simulation bei Soldaten spukt mehr in den Köpfen einiger alten Herren, als sie in Wirklichkeit vorkommt, letzteren ist früher wohl auch schon einmal hin und wieder das Unglück passirt, dass ein Mann heimtückischer Weise seine Simulation so weit trieb, dass er daran starb; selbstverständlich sind hiervon die Simulationen bei der Aushebung, deren Vorkommen Jedermann kennt, ausgenommen; *Claus* [1]) hat 2 Soldaten beschrieben.

Jolly berichtet in seinen „Klinischen Mittheilungen über einige in Folge des Feldzuges 1870/71 entstandene Psychosen" (Archiv für Psychiatrie III. Bd.). 10 Fälle, die aus sogenannten gemischten Ursachen, aus dem Zusammenwirken der im Kriege gleichzeitig Körper und Geist beeinflussenden Schädlichkeiten entstanden. Bei 4 war Prädisposition zu Geistesstörung schon vor dem Kriege vorhanden und letzterer nur Gelegenheitsursache. Bei einem war die Psychose Folge von Alkoholintoxication, bei einem in Folge Schussfractur des Unterkiefers mit darauffolgenden Kopfhauterysipel, bei 2 in Folge hochgradiger Erschöpfungszustände, bei 1 in Folge einer Summe psychischer Einwirkungen theilweise von der Heimath aus. Den Schluss bildete 1 Fall von Dementia paralytica. Auch aus dem Feldzuge 1866 erwähnt derselbe kurz 6 Fälle von Kriegspsychosen, von denen 2 Verwundete betrafen [2]).

Möchten diese Zeilen dazu beitragen, erkennen zu lassen, dass auch von Seiten der Militärärzte der Psychiatrie und zwar mit vollem Rechte, wie obige Aufzählung der einzelnen Fälle zeigen dürfte, die nothwendige Aufmerksamkeit geschenkt und ihre Bedeutung für den Soldatenstand keineswegs unterschätzt wird; die Aufnahme der Psychiatrie in die Examensfächer und die Errichtung von psychiatrischen Kliniken an allen Hochschulen, was von den Irrenärzten seit einer langen Reihe von Jahren angestrebt wurde und jetzt endlich Aussicht auf Erfolg zeigt, wird nicht nur für die Civil-, sondern auch für die Militärärzte in dieser Beziehung dereinst segensreiche Früchte tragen.

---

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych. XXXIII. Bd.

[2]) In sämmtlichen Reservestationen und Vereinslazarethen Berlins und Umgebung waren unter 4000 Verwundeten und Kranken Norddeutschlands und der feindlichen Armee 13 Geisteskranke. (Voss. Zt. vom 25. Nov. 1870.) *L.*

Statistische Untersuchungen über Geistesstörungen auf Grund der Krankheitsdauer vor der Aufnahme.

Von

Dr. Claus
in Sachsenberg.

Als ich gelegentlich einer anderweitigen Arbeit eine Anzahl von Kranken unserer Anstalt vom Gesichtspunkte der Krankheitsdauer vor der Aufnahme einer statistischen Prüfung unterwarf, trat mir ein auffallendes Verhältniss der melancholischen Frauen zu den Männern mit Melancholie entgegen, welches für mich die Veranlassung wurde, diese Seite unserer Anstaltsstatistik einer eingehenden Untersuchung zu unterwerfen. Bei der Prüfung der mir zu Gebote stehenden hierher gehörenden Vorarbeiten, Anstaltsberichte und sonstigen Litteratur war es fast ausschliesslich nur der Einfluss der ausseranstaltlichen Krankheitsdauer auf die Genesungsprocente, welchen man zu genauen Untersuchungen und Schlussfolgerungen verwerthet hatte. Auch die jüngsten statistischen Untersuchungen *Hagen*'s berücksichtigen nur diesen Punkt. In der That wird Niemand verkennen, dass in praktischer Hinsicht diese Beziehung unseres Gegenstandes die wichtigste ist und mit Rücksicht auf ihre bereits so häufig festgestellte und hervorgehobene Bedeutung keiner weiteren Bearbeitung und Beweisführung bedarf. Aus diesem Grunde liess ich auch dieselbe bei meiner Arbeit ganz ausserhalb der Betrachtung und beschränkte mich auf eine Reihe anderer noch übrig bleibender Gesichtspunkte als Form der Geistesstörung, Geschlecht, Civilstand u. s. w. — Allerdings war ich mir dabei bewusst, etwas in praktischer Hinsicht un-

mittelbar zu Verwerthendes nicht zu liefern, doch glaubte ich mich dazu im Anschluss an *Hagen* durch die Erwägung berechtigt, dass die Statistik nicht allein im Dienste des gemeinen Nützlichkeitsprincips zu stehen braucht, sondern auch von rein wissenschaftlichem Standpunkte aus als lebensfähig und befruchtend zu betrachten ist. Stets wird es ihr erlaubt sein müssen, auch ohne Berücksichtigung der Frage — wozu kann dies nützen? — die Regel in den Erscheinungen festzustellen und ihre Gesetze zu erforschen. — Als Material für meine Arbeit habe ich einmal benutzt diejenigen Kranken, welche von 1871 bis 1878 in der hiesigen Anstalt zur Aufnahme gelangten und über welche die vereinbarten Zählblättchen ausgefüllt worden sind. Ausserdem habe ich aus einer Reihe von Anstaltsberichten, soweit es möglich war, die hierher gehörigen Zusammenstellungen angefertigt und zur Vergleichung herangezogen. Es kamen durchgängig nur die ersten Aufnahmen und die wiederholten mit vorhergegangener Genesung zur Anwendung.

Tab. I.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	1. Sachsenberg 1871—1878.	2. Illenau 1842—1862.	3. Siegburg 1872—1874.	4 Neustadt-Eberswalde 1872—1876.
	in Summ. 774	in Summ. 3691	in Summ. 441	in Summ. 744
—1 Mon.	19,9 Proc.	12,9 Proc.	33,7 Proc.	10,1 Proc.
2—3 „	20,2 „	20,8 „	28,8 „	11,4 „
4—6 „	13,8 „	14,2 „	15,1 „	12,6 „
7–12 „	13,2 „	15,5 „	14.5 „	18,3 „
Im 2. Jahre	6,1 „	9,6 „	1,7 „	15,2 „
Ueber 2 Jahre	24,1 „	27,0 „	5,1 „	30,6 „
Unbestimmt	2,7 „	—	1,1 „	1,8 „

Tab. I. enthält die procentarische Vertheilung der Aufnahmen ohne Berücksichtigung anderweitiger Gesichtspunkte, als Geschlecht, Form etc. auf die verschiedenen Unterabtheilungen der ausseranstaltlichen Krankheitsdauer für Sachsenberg, Illenau, Siegburg und Neustadt-Eberswalde. Ihre Nebeneinanderstellung erfolgte hauptsächlich mit Rücksicht auf die relativ grosse Anzahl von Kranken, welche sie aufweisen.

Bei einer Vergleichung der einzelnen Zahlen stellen sich für die verschiedenen Anstalten nicht unwesentliche Differenzen

heraus. Am stärksten ist dies ausgeprägt bei der ersten und zweiten Rubrik, welche Kranke mit einer Krankheitsdauer bis zu 3 Monaten enthalten und bei der 5. und 6. Rubrik d. h. Kranke, welche über 2 Jahre krank sind.

Bei 3 Anstalten — nämlich Sachsenberg, Illenau und Neustadt-Eberswalde — fällt die höchste Zahl der Aufnahmen in diejenige Unterabtheilung, welche die Fälle mit einer Dauer über 2 Jahre enthält, während Siegburg für dieselben eine sehr geringe Summe aufweist. Jene Anstalten stimmen weiter darin überein, dass die kürzeste Krankheitsdauer (I. Rubrik) niedrigere Procentsätze darbietet als die nächstfolgende Abtheilung von 2—3 Monaten. Am stärksten ist diese Differenz in Illenau mit 7,9 ausgesprochen, am schwächsten bei Sachsenberg mit 0,3. Günstig dagegen liegt in dieser Beziehung das Verhältniss für Siegburg, indem die erste Rubrik die zweite um 4,9 übertrifft. Ueberhaupt ergiebt sich für Siegburg ein höchst günstiges Gesammtresultat, indem die I. Rubrik unter allen die meisten Kranken aufweist, d. h. ihr dieselben am raschesten nach dem Ausbruch der Krankheit zugeführt wurden.

Tab. II.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Klingenmünster 1877.	Lenbus 1875—1877.	Carlsfeld bei Halle 1862—1867.
	in Summ. 115	?	in Summ. 310
—1 Mon. .	29,5	18,5	6,1
2—3 „ .	18,3	29,4	13,2
4-6 „ .	8,7	25,2	18,1
7—12 „ .	13,9	15,1	16,1
Im 2. Jahre .	9,6	11,8	20,0
Ueber 2 Jahre .	19,1		26,5
Unbestimmt . .	0,1		

Die zweite Tabelle giebt uns eine Uebersicht der Aufnahmen von 3 Anstalten mit wesentlich kleineren Zahlen. Auch hier gehen die Resultate nicht unbeträchtlich auseinander. So zeigt Klingenmünster — allerdings nur für den Zeitraum eines Jahres — ein sehr günstiges Verhalten, indem die Kranken mit der kürzesten Krankheitsdauer den höchsten Procentsatz aufweisen, nämlich über ein Viertel sämmtlicher Aufnahmen

betragen. Ungünstig lautet dagegen das Resultat in dieser Hinsicht für Leubus und Carlsfeld. Besonders ungünstig stellt sich Carlsfeld noch dadurch heraus, dass bei ihm die erste Rubrik überhaupt die am niedrigsten bezifferte ist und die Mehrzahl der Aufnahmen in die beiden letzten Unterabtheilungen fällt.

Bei der Beurtheilung dieser so verschiedenen Resultate ist indessen nicht zu übersehen, dass die beiden Anstalten, welche die günstigsten Verhältnisse aufweisen, nämlich Siegburg und Klingenmünster, diejenigen sind, bei denen sich die zur Verwerthung gekommenen Aufnahmen auf die kleinsten Zeiträume von 1 und 2 Jahren vertheilen. Bei den übrigen Anstalten haben wir es dagegen mit Zeiten von 3, 4, 8, 15 und 20 Jahren zu thun und handelt es sich grade bei dem am ungünstigsten gestellten Carlsfeld um einen fünfzehnjährigen Zeitraum. Trotzdem bleiben aber noch eine Reihe von Differenzen bestehen, deren Erklärung Schwierigkeiten darbietet. So zeigt Neustadt-Eberswalde bei einem Zeitraum von nur 4 Jahren von allen Anstalten die höchste Zahl derjenigen Kranken, welche erst nach zweijähriger Krankheitsdauer zur Aufnahme gelangten und auch die Differenz zwischen der ersten und zweiten Rubrik lässt sich für die verschiedenen Anstalten nicht wohl in ein bestimmtes Verhältniss zu der Anzahl der verwendeten Jahrgänge bringen. Es bieten hier z. B. Leubus und Neustadt-Eberswalde bei 3 und 4 Jahren Zahlen von 10,9 und 1,3 pCt.

Der Werth, welcher solchen Berechnungen, wie sie den Tabb. I und II zu Grunde liegen, zukommt, ist selbstverständlich weniger ein allgemein wissenschaftlicher als vielmehr ein praktischer und localer. Die dabei gewonnenen Resultate sagen uns in erster Linie, wie bald ein bestimmtes Land, Provinz, Stadt u. s. w. ihre Geisteskranken in die Anstalt schicken. Für den Fall, dass sich hierbei ungünstige Resultate herausstellen, d. h. die Fälle mit langer Kranheitsdauer an Zahl überwiegen, wird dies mit Rücksicht auf die erwiesene prognostische Bedeutung der ausseranstaltlichen Krankheitsdauer eine Aufforderung bilden, den Ursachen dieser Erscheinung nachzuforschen und womöglich Abhülfe zu verschaffen. Die

Möglichkeit, die sich herausstellenden ungünstigen Resultate durch äussere Mittel als Verbreitung rationeller Ansichten über das Wesen und den Nutzen der Anstalten, Erleichterung der Aufnahme u. s. w. für spätere Zeiten in bessere umzuwandeln, bildet weiter einen Gesichtspunkt, aus welchem vorläufig solchen Zusammenstellungen ein auf bleibenden Werth Anspruch machendes wissenschaftliches Ergebniss noch nicht entnommen werden kann.

Ein solches Ergebniss steht indessen sofort in Aussicht, wenn die Eintheilung nach dem Geschlecht der Kranken vorgenommen wird. Nun muss sich für uns a priori die Möglichkeit herausstellen, die gewiss allgemeines Interesse bietende Frage zu lösen, welches Geschlecht führt seine geistig Gestörten am ehesten in die Anstalt? — Man könnte hier allerdings den Einwand erheben, dass eine solche Untersuchung mit Rücksicht auf die oben erwähnte mögliche Verbesserung der in Rede stehenden Verhältnisse nur geringen, vielleicht gar keinen Werth darbietet. Dagegen lässt sich indessen Folgendes anführen. Einmal muss wohl angenommen werden, dass die zu einer Verbesserung einzuschlagenden Wege in der Mehrzahl ihre Wirkung gewiss in gleicher Weise auf beide Geschlechter zur Geltung bringen werden, ebenso wie dies bei den meisten ungünstigen Momenten der Fall sein wird. Die Zeit endlich, in welcher das hier zu erstrebende Ideal zur Verwirklichung kommen wird, d. h. sämmtliche Aufnahmen nämlich entweder sofort oder sehr bald nach dem Eintreten der Erkrankung erfolgen werden und so eine Vergleichung beider Geschlechter nicht mehr nöthig sein wird, liegt sicher noch in so weiter Ferne, dass unsere Untersuchungen nicht überflüssig erscheinen.

In Tab. III. haben wir eine solche nach dem Geschlecht zusammen gestellte Uebersicht der Aufnahmen sämmtlicher 7 Anstalten. Bei 5 derselben, Sachsenberg, Illenau, Neustadt-Eberswalde, Klingenmünster und Carlsfeld finden wir nur bei den Männern für die erste Rubrik, also die Fälle mit der kürzesten Krankheitsdauer vor der Aufnahme einen höheren Procentsatz, als dies bei den Frauen der Fall ist. Der Unterschied ist zum Theil nur ein sehr geringer, so für Illenau

Tab. III.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Sachsenberg in Summa 774.		Illenau in Summa 3691.		Siegburg in Summa 441.		Neustadt-Eberswalde in Summa 774.		Klingenmünster in Summa 115.		Leubus ?		Carlsfeld in Summa 310.	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
bis 1 Mon	22,1	17,5	13,4	12,1	30,2	37,5	10,2	9,9	32,8	26,3	13.8	22,8	7,0	4,5
2—3 „	17,8	22,8	20,9	20,2	25,8	32,3	11,7	11,1	13,8	22,8	25,9	31,9	12,0	15,4
4—6 „	10,6	17,5	13,9	14,3	16,1	13,8	11,3	14,2	10,4	7,0	27,3	23,6	18,5	17,3
7—12 „	11,6	15,0	16,3	14,1	17,2	11,7	19,0	17,4	15,5	12 3	16,2	14,0	15,5	17,3
Im 2. Jahre	6,8	5,3	10,8	10,1	2,9	0,9	18,0	11,9	6,9	9,6	16,8	7,7	20,5	19,1
Ueb. 2. Jahre	26,8	20,8	24,7	29,2	6,2	3,5	28,0	33,7	18,9	19,3			26,5	26,4
Unbestimmt	4,3	1,1	—	—	1,6	0,3	1,8	1,8	1,7	—	—	—	—	—

1,3 pCt., für Neustadt-Eberswalde 0,3 pCt., etwas höher sind Sachsenberg, Klingenmünster und Carlsfeld mit 4,6, 6,5 und 2,5 pCt. aufgeführt. Günstige Resultate für die Frauen zeigen nur Siegburg und Leubus, beide allerdings mit verhältnissmässig bedeutenden Zahlen: so Siegburg mit 7,3 und Leubus mit 9,0 pCt. Differenz. Bei den ersten 5 Anstalten sind mit Ausnahme von Klingenmünster die höchsten Zahlen in der 6. Rubrik d. h. Krankheitsdauer über 2 Jahre enthalten. Nur Sachsenberg weist für die Frauen die grösste Zahl in der Rubrik von 2—3 Monaten auf. Von den drei übrigen überwiegen bei zweien — Illenau und Neustadt-Eberswalde — in der 6. Rubrik die Frauen mit 4,5 und 5,7 pCt., bei Carlsfeld stehen sie nur um 0,1 pCt. hinter den Männern zurück. Bei Klingenmünster entfallen für beide Geschlechter die höchsten Procentsätze auf die erste Rubrik. Dasselbe Verhalten findet sich bei Siegburg; während Leubus für beide Geschlechter die grössten Zahlen in Rubrik 2 und 3 enthält. — Es hat sich also ergeben, dass von 7 Anstalten 5 für die Männer ein zeitigeres Ueberführen in die Anstalt aufweisen, dagegen nur zwei zu Gunsten der Frauen sprechen. Man wird sich selbstverständlich hüten müssen, dieses Resultat zu einer für die Männer günstigen Regel zu verwerthen. Dazu sind, wie bereits hervorgehoben worden ist, die gefundenen Differenzen zum Theil zu gering und wird auch der verschiedene statistische Werth der zur Be-

rechnung gekommenen grossen und kleinen Gesammtzahlen zu bedenken sein. Zu einer Entscheidung sind durchaus noch weitere Untersuchungen wünschenswerth.

Die nachfolgenden Untersuchungen haben das Verhältniss der verschiedenen Formen der Geistesstörung zu der Krankheitsdauer vor der Aufnahme zum Gegenstand. Es konnten hierzu nur die Angaben von 4 Anstalten — Sachsenberg, Illenau, Siegburg und Neustadt-Eberswalde — sofern es sich um grössere Zahlen handelt, — benutzt werden. — Bei Leubus und Carlsfeld fehlten die hierhergehörigen Zusammenstellungen, Klingenmünster, auf welches später noch zurückzukommen ist, bot nur kleine Zahlen dar. —

Von den Formen kamen zur Verwendung Melancholie, Manie, Paralyse und secundäre Seelenstörungen. Der letzte Sammelbegriff wurde an Stelle von Wahnsinn, Verrücktheit, Blödsinn u. s. w. gewählt, um eine zu grosse Zersplitterung zu vermeiden. Der Einwand, auf diese Weise vielleicht eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Formen, welche man in der Neuzeit aufgestellt hat und die man den primären zuzählen kann und muss, als primäre Verrücktheit, primärer Blödsinn etc., an unpassender Stelle untergebracht zu haben, dürfte nach meiner Ansicht nicht allzusehr ins Gewicht fallen. Es ist als wahrscheinlich anzunehmen, dass ein grosser Theil derselben unter den primären Formen der Manie und Melancholie mit enthalten ist — und andererseits diejenigen Fälle, welche von den primären Formen zu den secundären gestellt sind, von der Melancholie und Manie vielleicht in gleichem Verhältnisse entnommen worden sind. Idiotie und Imbecillität bedürfen keiner besonderen Erwähnung, da dieselben bei sämmtlichen Anstalten der Rubrik 6 angehörten, indem sie entweder angeboren oder sehr frühzeitig erworben waren. Die Seelenstörung mit Epilepsie soll, der verhältnissmässig geringen Zahlen wegen, in einer besonderen Tabelle zusammengestellt werden.

Betrachten wir uns nun Tab. IV genauer und suchen wir die Frage zu beantworten, welche Form bietet für die erste Rubrik den grössten Procentsatz im Verhältniss zu den anderen, so ergiebt sich ohne Weiteres, dass diese Stelle der Manie zukommt. Bei sämmtlichen 4 Anstalten

Tab. IV.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Melancholie				Manie			
	Sachsenberg.	Illenau.	Siegburg.	Neustadt-Eberswalde.	Sachsenberg.	Illenau.	Siegburg.	Neustadt-Eberswalde.
in Summa	314	999	176	96	190	1022	129	105
bis 1 Monat . .	23,4	9,8	25,0	17,4	41,5	29,6	54,3	38,6
2—3 „ . .	27,6	25,8	34,1	18,5	30,0	31,9	31,8	28,1
4—6 „ . .	20,5	19,5	19,3	30,4	12,6	13,1	8,5	16,5
7—12 „ . .	16,2	20,5	16,5	23,9	9,3	9,8	5,4	12,4
Im 2. Jahre . . .	6,8	9,5	1,7	9,8	3,3	4,9	—	2,5
Ueber 2 Jahre . .	4,9	15,9	1,7	—	3,3	10,7	—	0,8
Unbestimmt . . .	0,6	—	1,7	—	—	—	—	1,1

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Secund. Seelenstörung.				Paralyse.			
	Sachsenberg.	Illenau.	Siegburg.	Neustadt-Eberswalde.	Sachsenberg.	Illenau.	Siegburg.	Neustadt-Eberswalde.
in Summa	174	1770	106	386	63	—	30	118
bis 1 Monat . .	0,6	4,5	9,4	2,9	1,7	—	23,3	5,2
2—3 „ . .	1,2	10,9	17,9	7,2	22,4	—	26,7	8,6
4—6 „ . .	5,9	12,0	15,1	8,3	17,2	—	10,0	12,1
7—12 „ . .	10,1	15,6	23,6	16,5	25,9	—	30,0	26,7
Im 2. Jahre . . .	9,5	15,3	6,6	17,8	10,4	—	3,3	24,1
Ueber 2 Jahre . .	69,2	41,7	26,4	45,2	17,2	—	6,7	19,8
Unbestimmt . . .	3,5	—	1,0	2,1	5,2	—	—	3,5

zeigt diese Form nicht unwesentlich höhere Procentzahlen als die Melancholie, secundäre Seelenstörung und Paralyse. Der durchschnittliche Procentsatz sämmtlicher 4 Anstalten beträgt bei der Manie 41,9; es folgen dann Melancholie mit 16,6, Paralyse mit 13,1 und secundäre Seelenstörungen mit 5,1. — Für die 3 letzten Classen bieten die einzelnen Procentzahlen bei den verschiedenen Anstalten einige Schwankungen, indem z. B. bei der Melancholie Illenau hinter der bei der Paralyse in Siegburg verzeichneten Zahl zurücksteht und ebenso die Paralyse zum Theil den secundären Seelenstörungen nachsteht. Trotzdem sind aber die Zahlenverhältnisse deutlich genug ausgeprägt, um den drei Formen ihre oben zuertheilte Reihenfolge in der Tabelle zu sichern.

Ist nun so der relative Werth der einzelnen Formen zu einander in Bezug auf die wichtige erste Rubrik ermittelt, so bleibt noch übrig die Vertheilung sämmtlicher Fälle jeder einzelnen Form auf die verschiedenen Abtheilungen der ausseranstaltlichen Krankheitsdauer festzustellen. Es handelt sich in der Hauptsache um die Beantwortung der Frage, in welcher Rubrik weist eine bestimmte Form die meisten Kranken auf? Bei der Manie fallen die meisten Aufnahmen in die erste Rubrik, ausgenommen allein Illenau, bei welchem die zweite Unterabtheilung — 2—3 Monate — den höchsten Procentsatz 31,9 aufweist, welcher jedoch nur um 2,3 hinter dem der ersten Rubrik zurückbleibt, während bei den drei übrigen Anstalten die erste Rubrik die zweite um viel grössere Zahlen überschreitet (11,5, 22,5 und 10,5 pCt.). — Die Melancholie bringt die höchsten Procentsätze in der zweiten Rubrik und steht die erste zum Theil nicht unbeträchtlich hinter dieser zurück, so Illenau mit 16,0 und Siegburg mit 9,1. Nur Neustadt-Eberswalde macht hier insofern eine Ausnahme, als die höchste Zahl auf die 3. Rubrik (4—6 Mon.) fällt, doch ist auch hier die erste Unterabtheilung mit einem niedrigeren Procentsatz notirt, als die zweite und bleibt auch noch hinter der vierten (7—12 Mon.) um 6,5 stehen. Die Paralyse hat ihre grössten Sätze ohne Ausnahme in der 4. Rubrik (7—12 Mon.); die secundären Seelenstörungen bei sämmtlichen Anstalten in der 6. Rubrik (über 2 J.). Bei jener beträgt der durchschnittliche Procentsatz 27,9, bei

dieser 47,8. — Es folgen also auch hier in derselben Reihenfolge wie oben aufeinander: Manie, Melancholie, Paralyse und secundäre Seelenstörung.

Tab. V (Klingenmünster).

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Melancholie.			Manie.			Paralyse.			Secund. Seelenstörung.		
	M.	Fr	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
in Summa	17	26	43	9	8	17	9	1	10	22	20	42
	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.	pCt	pCt.	pCt.	pCt.	pCt.
bis 1 Mon.	47,1	34,6	39,5	77,8	62,5	70,6	22,2	—	20,0	9,1	—	4,8
2—3 „	23,5	34,6	30,2	22,2	25,0	23,5	11,1	—	10,0	4,5	10,0	7,1
4-6 „	17.6	15,4	16.3	—	—	—	11,1	—	10.0	9,1	—	4,8
7—12 „	11,8	7,7	9,3	—	12,5	5,9	33,4	—	30.0	18,1	15,0	16,7
Im 2. Jahre	—	7,7	4,7		—	—	11,1	—	10,0	13,6	25,0	19,0
Ueb. 2 Jahre	—	—	—	—	--	—	11,1	100,0	20,0	45,5	50,0	47,6
Unbestimmt	—	—	—	—	—	—	—	—	--	—	—	—

Tab. V enthält die nach den Formen und Geschlechtern geordneten Aufnahmen von Klingenmünster. Vor der Hand interessirt uns nur die 3. Längsreihe jeder Form, welche die Summe beider Geschlechter begreift. Das Verhältniss der einzelnen Formen zu einander in Bezug auf die erste Rubrik entspricht den aus Tab. IV sich ergebenden Resultaten, indem auch hier Manie, Melancholie, Paralyse und secundäre Seelenstörung aufeinander folgen. Ebenso stimmt die Vertheilung der einzelnen Formen auf die verschiedenen Rubriken der Krankheitsdauer vor der Aufnahme mit Tab. IV überein, mit Ausnahme der Melancholie, welche den höchsten Procentsatz in der ersten Rubrik aufweist, jedoch so, dass sie mit demselben noch immer sehr beträchtlich der Manie nachsteht (um 31,1 pCt.). —

Für die Seelenstörung mit Epilepsie konnte ich nur von Sachsenberg und Neustadt-Eberswalde zu einem Vergleiche noch genügend grosse Zahlen entnehmen. Die Vertheilung derselben auf die verschiedenen Rubriken zeigt Tab. VI. Aus derselben geht hervor, dass diese Form bei beiden Anstalten die meisten Aufnahmen nach mehr als zweijähriger Krankheitsdauer (6. Rubrik) liefert.

Die Resultate, welche sich aus unseren Tabellen für die

Tab. VI.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Seelenstörung mit Epilepsie.					
	Sachsenberg.			Neustadt-Eberswalde.		
	M.	Fr.	Summa.	M.	Fr.	Summa.
in Summa	17	12	29	26	13	39
bis 1 Mon. .	5,9	16,7	10,3	3,8	7,7	5,1
2—3 „ .	5,9	8,3	6,9	7,7	—	5,1
4—6 „ .	—	8,3	3,5	7,7	7,7	7,7
7—12 „ .	11,7	—	6,9	15,4	30,8	20,5
Im 2. Jahre .	—	—	—	23,1	7,7	18,0
Ueber 2 Jahre .	76,5	58,4	69,0	42,3	46,1	43,6
Unbestimmt . .	—	8,3	3,4	—	—	—

einzelnen Formen in Bezug auf die raschere oder langsamere Ueberführung derselben in die Anstalten ergeben haben, bieten wohl nichts Auffallendes, wenn man die Natur der verschiedenen Krankheitsgruppen und die Art und Weise, in welcher sie in der Mehrzahl der Fälle zum Ausbruch gelangen, bedenkt. Die tobsüchtigen Kranken, deren Störung in der Regel ziemlich plötzlich und meistens von Anfang an mit allen Schrecken der Manie, als lautes Toben, wilde Zerstörungssucht u. s. w. einzusetzen pflegt, werden die Angehörigen selbstverständlich so schleunig als möglich aus ihrer Mitte zu entfernen suchen und der Anstalt überweisen. Hiezu kommt noch, dass das Unsinnige und alle Rücksichten des Anstandes und der Sitte verletzende Gebahren dieser Kranken auch den Laien sehr bald als Zeichen von Geistesstörung erscheinen werden. Anders verhält es sich hierin mit der Melancholie. Ihr so häufig nur mit leichter Verstimmung auf körperlichem und geistigem Gebiete eintretender Beginn und ihr nicht selten sehr langsamer Verlauf lassen oft längere Zeit den Verdacht einer bestehenden Psychose nicht aufkommen und es ist bekannt, wie grade bei dieser Form die Ansicht der Angehörigen, durch Zerstreuungen allerlei Art, als Reisen, gesellschaftliche Vergnügungen u. s. w. oder durch Wasserkuren die vermeintliche leichte Verstimmung zu heben, die Uebersiedelung der Kranken in die Anstalt häufig Monate lang verzögert. Trotzdem treten aber bei dieser Form noch oft und rasch genug Erscheinungen so plötzlicher und

gewaltsamer Art auf, als entschiedene Nahrungsverweigerung, energische Selbstmordversuche etc., dass die schleunige Aufnahme in die Anstalt zur unabweisbaren Nothwendigkeit wird. Dieser Umstand ist es denn wohl auch, welcher der Melancholie den zweiten Platz nach der Manie verschafft. — Ein ähnliches Schicksal, wie der Melancholie wird nun auch der Paralyse häufig zu Theil. In vielen Fällen werden bei derselben die leichte Gedächtnissschwäche, die mässige reizbare Stimmung und die mancherlei geringgradigen Veränderungen auf körperlichem und seelischem Gebiete, womit diese Krankheit in der Mehrzahl der Fälle auftritt, nicht als das erkannt, was sie in Wirklichkeit sind, nämlich Zeichen der traurigsten von allen Störungen des Geistes. So kommt es, dass man ebenso wie bei der Melancholie oft durch monatelange Versuche die vermeintliche gemüthliche und nervöse Verstimmung zu verscheuchen gedenkt, bis ein plötzlicher Ausbruch von Erregung den Angehörigen die Augen öffnet und den sich draussen unmöglich machenden Kranken der Anstalt zuführt. Bei einem andern Theil der Paralytiker, bei denen im Beginn der Krankheit besonders ein gesteigerter Thätigkeitstrieb, Vergnügungssucht, Neigung zu planlosem Umhertreiben und zu Aneignung fremden Eigenthums zu Tage treten, wird man nicht selten eher an tadelnswerthe und strafbare willkürliche Handlungen geistig gesunder Menschen, als an die Aeusserungen von psychisch Gestörten denken und oft genug sind es daher die Gerichte, mit welchen diese Unglücklichen in Berührung kommen, ehe man das wahre Wesen ihres Zustandes erkennt. Diejenigen Paralytiker, welche sehr bald nach der Erkrankung zur Aufnahme gelangen, sind meist solche, bei denen die Störung von Anfang an den Charakter einer starken tobsüchtigen Erregung zeigt. Die secundären Seelenstörungen nehmen, wie wir gesehen haben, den vierten Platz ein; die Mehrzahl ihrer Kranken wird der Anstalt nach einer Krankheitsdauer von mehr als 2 Jahren zugeführt. Der Grund hiervon ist nicht ausschliesslich in dem Wesen dieser Krankheitsgruppen zu suchen, wenn auch das im Allgemeinen ruhige und lenksame Verhalten bei denselben eher ein jahrelanges Verweilen ausserhalb der Anstalt ermöglicht. Zu einem nicht geringen Theile aber werden

wir es bei dieser Gruppe mit Fällen zu thun haben, welche anfangs als wenig stürmische und primäre Erkrankungen auftraten, bei der Abneigung der Angehörigen vor der Irrenanstalt, der Scheu der Gemeinden vor den Unterhaltungskosten und aus sonstigen Gründen der Anstalt nicht rechtzeitig zugeschickt wurden und so in ein terminales Stadium übergingen. Denselben Platz wie die secundären Störungen nehmen die epileptischen Psychosen und die Imbecillität und Idiotie ein. Der Grund hierfür liegt klar genug zu Tage. Die ersteren sind in der Mehrzahl der Fälle, die letzteren ausschliesslich angeborene, oder in früher Jugend erworbene Zustände.

Es würde nun zunächst die Beantwortung der Frage folgen, in welcher Weise das Geschlecht bei den Formen die Vertheilung auf die einzelnen Rubriken der ausseranstaltlichen Krankheitsdauer beeinflusst? Diese Verhältnisse sind für Sachsenberg, Illenau, Siegburg und Neustadt-Eberswalde in den Tab. VII und VIII dargestellt. Beginnen wir mit der Vergleichung der einzelnen Anstalten in Bezug auf die wichtigste Rubrik, die erste, also diejenige, welche die Fälle mit der kürzesten Krankheitsdauer enthält, so finden wir, dass die melancholischen Frauen in dieser Beziehung fast durchgängig ungünstiger gestellt sind als die an Melancholie erkrankten Männer. Der durchschnittliche Procentsatz beträgt hier für die Aufnahmen der Männer 21,8, für die Frauen 16,0. — Bei den einzelnen Anstalten stellen sich grösstentheils noch viel beträchtlichere Differenzen heraus. So zeigen die Männer bei Sachsenberg ein Uebergewicht von 18,0 pCt., bei Siegburg von 7,0 pCt. und bei Neustadt-Eberswalde von 15,4 pCt. Nur Illenau macht eine Ausnahme, indem bei ihm die Männer um den jedoch nur kleinen Procentsatz von 0,3 hinter den Frauen zurückstehen. Dagegen spricht Klingenmünster, dessen hierhergehörige Verhältnisse Tab. V enthält, wieder mit 12,5 pCt. Ueberschuss zu Gunsten der Männer. Wenden wir uns jetzt zu einer Prüfung der Vertheilung sämmtlicher Fälle der einzelnen Anstalten mit Berücksichtigung des Geschlechts auf die verschiedenen Unterabtheilungen der Krankheitsdauer, so ergiebt sich bei 3 Anstalten: Sachsenberg, Siegburg und Klingenmünster, dass bei den me-

Tab. VII.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Melancholie.								Manie.							
	Sachsenberg.		Illenau.		Siegburg.		Neustadt-Eberswalde.		Sachsenberg.		Illenau.		Siegburg.		Neustadt-Eberswalde.	
	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.	M.	Fr.
in Summa	133	181	437	562	76	100	45	51	98	91	659	363	52	77	59	46
bis 1 Monat	33,8	15,8	9,8	10,1	29,0	22,0	25,6	10,2	47,4	35,2	28.7	31,1	57,7	51,9	35,1	43,2
2—3 „	28,5	27,0	24,9	26,4	27,6	39,0	9,3	26,5	25,3	35,3	32,5	30,9	36,5	28,6	33,3	22,7
4—6 „	11,5	26,9	16,3	20,6	18,4	20,0	20,9	38,8	12,6	12,5	13,1	12,9	3,9	11,7	19,3	13,6
7—12 „	10,8	20,2	21,1	20,3	18,4	15,0	27,9	20,4	6,3	12,5	10,8	8,3	1,9	7,8	8,8	15,9
Im 2. Jahre	10,0	4,5	11,1	8,4	2,6	1,0	16,3	4,1	3,1	3,4	3.8	6,6	—	—	1,8	2,3
Ueber 2 Jahre . . .	5,4	4,5	16,8	14,2	—	3,0	—	—	5,3	1,1	11,1	10,2	—	—	1,7	—
Unbestimmt	—	1,1	—	—	4,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,3

Tab. VIII.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Paralyse. Sachsenberg. M.	Paralyse. Sachsenberg. Fr.	Paralyse. Illenau. M.	Paralyse. Illenau. Fr.	Paralyse. Siegburg. M.	Paralyse. Siegburg. Fr.	Paralyse. Neustadt-Eberswalde. M.	Paralyse. Neustadt-Eberswalde. Fr.	Secundäre Seelenstörung. Sachsenberg. M.	Secundäre Seelenstörung. Sachsenberg. Fr.	Secundäre Seelenstörung. Illenau. M.	Secundäre Seelenstörung. Illenau. Fr.	Secundäre Seelenstörung. Siegburg. M.	Secundäre Seelenstörung. Siegburg. Fr.	Secundäre Seelenstörung. Neustadt-Eberswalde. M.	Secundäre Seelenstörung. Neustadt-Eberswalde. Fr.
in Summa	54	9	—	—	25	5	104	14	102	72	946	824	67	39	166	220
bis 1 Monat	1,9	—	—	—	24,0	20.0	5,8	—	—	1,4	3,9	5,1	8,9	10,3	1,8	4,1
2—3 „	19,6	42,8	—	—	28,0	20,0	8,8	7,7	2,2	—	10,8	11,1	17,9	17,9	8,0	6,4
4—6 „	19,6	—	—	—	8,0	20,0	10,7	23,1	7,1	4,3	13,5	10,3	14,9	5,4	7,3	9,2
7—12 „	27,4	14,3	—	—	28,0	40,0	27,2	23,1	12,1	7,2	18,4	12,4	22,4	25,6	16 5	16,5
Im 2. Jahre	7,8	28,6	—	—	4,0	—	25,2	15,4	8,1	11,4	16,6	13,8	7,5	5,1	19,5	16,1
Ueber 2 Jahre . . .	17,8	14,3	—	—	8,0	—	18,4	30,7	65,7	74,3	36,8	47,3	28,4	23,1	45,1	45,5
Unbestimmt	5,9	—	—	—	—	—	3,9	—	5,0	1,4	—	—	—	2,6	1,8	2,3

lancholischen Männern die höchste Zahl der Aufnahmen in die erste Rubrik fällt. Ausgenommen hiervon sind Illenau und Neustadt-Eberswalde, indem bei dem ersteren der höchste Procentsatz in der zweiten Rubrik, bei dem letzteren in der vierten enthalten ist. Bei den Frauen verzeichnen 4 Anstalten — Sachsenberg, Illenau, Siegburg und Neustadt-Eberswalde die höchsten Procentzahlen in der zweiten und dritten Rubrik und ist die Differenz zwischen dieser und der ersten Rubrik meist sehr beträchtlich; nämlich 11,2, 16,3, 17,0 und 16,3 pCt. für die Reihenfolge der erwähnten vier Anstalten. Klingenmünster (siehe Tab. V) weist bei den melancholischen Frauen für 2 Rubriken, nämlich die erste und zweite, gleich hohe Zahlen, als die höchsten Procentsätze auf, also wenigstens kein Ueberwiegen der ersten Rubrik.

Verfahren wir in derselben Weise wie bei der Melancholie bei den an Manie erkrankten Männern und Frauen, so stellt sich für die ersten 4 Anstalten, bei einer Vergleichung der ersten Rubrik ebenfalls ein Ueberwiegen der Männer um einen Durchschnittsatz von 1,9 pCt. heraus, also weniger beträchtlich, als bei der Melancholie der Männer. Auch bei der Betrachtung der einzelnen Anstalten tritt das Ueberwiegen des männlichen Geschlechts weniger stark hervor. Bei Sachsenberg und Siegburg sind allerdings die Männer den Frauen mit je 12,2 und 5,8 pCt. überlegen, dagegen notiren bei Neustadt-Eberswalde die Frauen mit 8,1 pCt. höher und auch Illenau zeigt ein Ueberwiegen der Frauen, wenn auch nur um 2,4 pCt. —

Sehr günstig dagegen liegen wieder die Verhältnisse für die Männer bei Klingenmünster mit einem Unterschiede von 15,3 pCt. — Was die Vertheilung der Gesammtfälle einer Form und eines Geschlechts auf die einzelnen Unterabtheilungen betrifft, so finden sich die höchsten Zahlen der Aufnahmen bei Männern und Frauen fast durchgehends in der ersten Rubrik und zwar wie eine genaue Betrachtung ergeben wird, zum Theil in sehr ausgeprägter Weise. Nur Sachsenberg macht für die Frauen eine Ausnahme, indem die zweite Rubrik als die höchste die erste um den allerdings sehr kleinen Procentsatz von 0,1 übertrifft und Illenau weist für die Männer ebenfalls in der zweiten Rubrik den grössten Procentsatz auf, da-

mit um 3,8 pCt. die nächsthöchste Ziffer der ersten Rubrik überschreitend. —

Die Paralyse bietet einer schlussfähigen Vergleichung beider Geschlechter durch die geringe Anzahl der Frauen unverkennbare Schwierigkeiten. Bei Illenau sind dieselben überhaupt nicht nach der Krankheitsdauer zu einer Zusammenstellung benutzt worden. Bemerkenswerth bleibt es indessen immer, dass bei den vier übrigen Anstalten überwiegend es die Männer sind, welche Kranke für die erste Rubrik aufweisen, während dies für die Frauen nur bei Siegburg der Fall ist. Die Vertheilung der Gesammtfälle beider Geschlechter auf die einzelnen Rubriken spricht ebenfalls im Ganzen nicht zu Gunsten des weiblichen Geschlechts, indem die höchsten Procentsätze bei demselben entweder in Rubriken mit längerer Krankheitsdauer als bei den Männern fallen (Neustadt-Eberswalde und Klingenmünster) oder bei gleicher Rubrik grössere Zahlen aufweisen (Siegburg). — Nur bei Sachsenberg fallen die meisten Aufnahmen bei den Frauen in die zweite Unterabtheilung, während die Männer die höchste Summe für die Dauer von 7—12 Monaten aufzeigen.

Bei den secundären Seelenstörungen finden wir bei den vier Anstalten mit den grösseren Krankenzahlen in Betreff der ersten Rubrik durchgängig ein Uebergewicht des weiblichen Geschlechts bei den einzelnen Anstalten; indessen beträgt der Unterschied zwischen der durchschnittlichen Procentzahl der Männer und Frauen nur 0,3 pCt. zu Gunsten der letzteren. — Im Gegensatz hierzu sind bei Klingenmünster die Männer in der ersten Rubrik verhältnissmässig hoch mit 9,1 pCt. aufgezeichnet, während die Frauen ganz fehlen. — Ein weit ausgeprägteres Verhalten tritt uns dagegen in der Vertheilung der sämmtlichen Kranken eines Geschlechts auf die einzelnen Rubriken der Krankheitsdauer entgegen. Bei sämmtlichen Formen und bei den Geschlechtern ist es die sechste Rubrik, d. h. die Fälle mit einer Krankheitsdauer über 2 Jahre, welche die höchsten Procentzahlen enthält und zwar sind es mit Ausnahme von Siegburg die Frauen, denen die grösseren hier zufallen, d. h. sie sind ungünstiger gestellt als die Männer.

Die Fälle von epileptischer Psychose, deren Zusammen-

stellung nach Geschlecht und Form Tab. VI darlegt, zeigen bei beiden Anstalten für die erste Rubrik ein Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts. Die höchsten Zahlen der Aufnahmen bietet überall die sechste Unterabtheilung, doch ohne Begünstigung eines Geschlechts, indem bei Sachsenberg die Männer, bei Neustadt-Eberswalde die Frauen den ersten Platz einnehmen. Indessen muss man bei dieser Tabelle die verhältnissmässig kleinen Gesammtzahlen berücksichtigen, sowie nicht ausser Acht lassen, dass ein Vergleich zwischen nur zwei Anstalten besteht.

Als die hauptsächlichsten Resultate der Untersuchungen über den Einfluss des Geschlechts bei den verschiedenen Formengruppen auf den Zeitpunkt der Ueberführung in die Anstalt haben sich also herausgestellt, dass bei der Melancholie die Frauen in der Regel ihre Kranken der Anstalt später zuführen, als die Männer, während bei der Manie dies Verhältniss weniger stark ausgeprägt ist. Die natürlichste Erklärung dafür wird man in dem schon von *Griesinger* hervorgehobenen Umstande zu suchen haben, dass bei weiblichen Kranken die Familien vielmehr Bedenken tragen, sie aus ihrem Kreise wegzugeben; dass sie leichter zu bändigen (?) und mit weniger Schwierigkeiten in Privatpflege zu halten sind, als die Männer. Bei den Männern kommt ausserdem noch hinzu, dass sie durch ihren Beruf und ihr Gewerbe in der Regel gezwungen sind, mit der Aussenwelt in der mannigfaltigsten Weise in Berührung zu treten und so viel eher Gelegenheit zu Conflicten geboten ist, welche das Bestehen der Geistesstörung unzweifelhaft machen und eine rasche Ueberführung in die Anstalt bewirken. Dagegen sind die meisten Frauen auf einen engen Wirkungskreis in ihrer Familie beschränkt und wird besonders bei der Melancholie die anfängliche gemüthliche Verstimmung weniger störend in die gewohnte Thätigkeit eingreifen und zu Tage treten, auch eher auf Nachsicht zu hoffen haben, als bei dem Mann, dem seine Stellung ausserhalb der Familie ein grösseres Gewicht von Rücksichtsnahme und Verantwortlichkeit auferlegt. Diese Verhältnisse würden natürlich auch für die Paralyse in Betracht zu ziehen sein, wenn sich in Wirklichkeit ein günstigeres Verhalten des

männlichen Geschlechts bewähren sollte. Auch für die secundären Formen sind die Resultate unserer Untersuchungen noch zu schwankender Natur, denn die günstigere Stellung der Frauen in der ersten Rubrik wird durch das Ueberwiegen derselben in der sechsten Unterabtheilung wesentlich beeinträchtigt.

Ist nun so für den vorzüglich der Familie gewidmeten Beruf des Weibes eine einflussreiche Stellung auf die Zeit der Aufnahme als wahrscheinlich angenommen worden, so liegt es sofort nahe, überhaupt einmal das Verhältniss des Civilstandes zur Krankheitsdauer vor der Aufnahme statistich zu prüfen.

Zu diesem Zweck standen mir nur die Fälle von Sachsenberg und Siegburg zur Verfügung und giebt Tab. IX eine Uebersicht, wie sich die Gesammtsumme beider Geschlechter zusammen und getrennt ohne Berücksichtigung der Formen allein nach dem Civilstande vertheilt auf die verschiedenen Rubriken. Es stellt sich nun heraus, dass bei beiden Anstalten die Gesammtsumme der Verheiratheten die Gesammtzahl der Ledigen in Bezug auf die erste Rubrik übertrifft und zwar für Sachsenberg um 2,8 pCt. und für Siegburg um 10,0 pCt. Die verwittweten und geschiedenen Kranken stehen hinter beiden beträchtlich zurück. Bei einer Vergleichung der beiden Geschlechter kann die Gruppe der Verwittweten und Geschiedenen unberücksichtigt bleiben, da das bedeutende Uebergewicht der Frauen wenig für einen Vergleich mit dem männlichen Geschlecht geeignet ist. Die verheiratheten Kranken weisen nun bei beiden Anstalten für die Frauen in der ersten Rubrik geringere Procentsätze auf, als für die Männer und zwar beträgt bei Sachsenberg die Differenz 3,6, bei Siegburg nur 0,5 pCt. — Bei den ledigen Fällen ist das Verhältniss ein schwankendes, indem bei Sachsenberg die Frauen mit 6,2 pCt. hinter den Männern stehen, dagegen bei Siegburg denselben um 1,6 pCt. überlegen sind. Was die Vertheilung der Gesammtzahl der einzelnen Gruppen auf die verschiedenen Zeiten der Aufnahme betrifft, so fallen bei sämmtlichen Unterabtheilungen der Verheiratheten die höchsten Zahlen in die erste Rubrik, ausgenommen Sachsenberg, dessen Frauen die höchste Ziffer der

Tab. IX.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Ledig.						Verheirathet.						Verwittwet und Geschieden.					
	Sachsenberg.			Siegburg.			Sachsenberg.			Siegburg.			Sachsenberg.			Siegburg.		
	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
in Summa	232	156	388	117	91	208	161	154	315	95	122	217	17	54	71	8	8	16
bis 1 Monat . .	21,8	15,6	19,3	24,8	26,4	25,5	23,9	20,3	22,1	35,8	35,3	35,5	20,0	15,1	16,2	12,5	—	6,3
2—3 „ . . .	16,5	22,7	19,0	33,3	31,8	32,7	20,7	23,5	22,1	20,0	29,5	25,3	20,0	20,7	20,6	12,5	50,0	31,2
4—6 „ . . .	11,7	17,5	14,1	11,1	19,8	14,9	10,7	16,3	13,5	11,6	13,9	12,9	—	20,8	16,1	50,0	12,4	31,2
7—12 „ . . .	10,4	11,7	10,9	16,2	14,3	15,4	14,5	17,7	16,0	17,9	15,6	16,6	6,7	16,9	14,7	12,5	12,4	12,5
Im 2. Jahre . . .	5,7	4,6	5,2	2,6	2,2	2,4	7,6	6,5	7,1	4,2	0,8	2,3	20,0	3,8	7,4	12,5	—	6,3
Ueber 2 Jahre . . .	31,3	26,0	29,2	12,0	5,5	9,1	21,4	15,7	18,6	7,3	4,1	5,5	33,3	20,8	23,5	—	25,2	12,5
Unbestimmt	2,6	1,9	2,3	—	—	—	1,2	—	0,6	3,2	0,8	1,9	—	1,9	1,5	—	—	—

Aufnahmen in der zweiten Rubrik zeigen. Bei den ledigen Kranken ist es für Sachsenberg die sechste Rubrik, für Siegburg die zweite, welche die meisten Aufnahmen enthält. Diese Resultate sind, wie ersichtlich, nur wenig bestimmter Natur; besonders ist das bei beiden Anstalten vorhandene Zurückstehen der verheiratheten Weiber gegenüber den verheiratheten Männern für die erste Rubrik nur wenig ausgesprochen. Es wird sich also fragen, bieten Civilstand und Geschlecht bei den Formen mehr in die Augen springende Verhältnisse dar. Da hier Melancholie und Manie das Hauptinteresse besitzen und bei beiden Formen und bei den Anstalten die weiterhin zu berücksichtigenden höchsten Procentsätze der Aufnahmen in die beiden ersten Rubriken fallen, so sind in Tab. X nur die erwähnten Formen in ihrer Vertheilung auf die erste und zweite Rubrik zusammengestellt.

Tab. X.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.		Ledig.						Verheirathet.					
		Sachsenberg.			Siegburg.			Sachsenberg.			Siegburg.		
		M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
Melancholie.	in Summa	64	60	124	34	32	66	59	89	148	39	65	104
	bis 1 Monat.	26,6	16,7	21,8	23,5	25,0	24,3	42,4	14,6	25,7	33,3	20,5	26,0
	2—3 „ .	29,7	31,7	30,6	29,4	37,5	33,3	28,8	24,7	26,3	25,6	38,5	33,6
Manie.	in Summa	61	42	103	34	37	71	31	36	67	16	39	55
	bis 1 Monat.	54,1	30,9	44,7	50,0	40,5	45,1	35,5	41,7	38,8	81,3	64,1	72,6
	2—3 „ .	23,0	35,7	28,2	47,1	35,2	40,8	32,3	36,1	34,3	18,7	20,5	19,6

Es stellt sich nun für die verheiratheten Fälle von Melancholie ohne Trennung der Geschlechter bei beiden Anstalten wieder ein Ueberwiegen der ersten Rubrik gegenüber den Ledigen heraus, dagegen zeigen die verheiratheten melancholischen Frauen in der ersten Rubrik beträchtlich niedere Procentsätze als die verheiratheten Männer. Bei Sachsenberg besteht ein Unterschied von 27,8 pCt., bei Siegburg ein solcher von 12,8 pCt. — Bei den Frauen sind weiter die meisten Aufnahmen in der zweiten Rubrik zu finden, bei den Männern dagegen in der ersten. Die ledigen Melancholischen zeigen ein schwankendes Verhalten. Sachsenberg zeigt ein nicht unbedeutendes

Uebergewicht der Frauen in der ersten Rubrik (9,9 pCt.), bei Siegburg sind dieselben um 1,5 pCt. höher gestellt. Die höchsten Procentsätze fallen bei den Ledigen durchgehends in die zweite Unterabtheilung.

Die Manie zeigt ebenfalls wechselnde Verhältnisse. Die höchsten Aufnahmezahlen fallen überall in die erste Rubrik mit einziger Ausnahme der ledigen Frauen bei Sachsenberg, bei denen sie die zweite Rubrik einnehmen. Dagegen zeigen die verheiratheten Maniakalischen für die beiden Geschlechter kein constantes Verhalten. Es notiren nämlich bei Sachsenberg die Frauen um 6,2 pCt. höher als die Männer, während sie bei Siegburg um 17,2 pCt. hinter denselben stehen. Die ledigen Fälle von Manie dagegen zeigen wieder für beide Anstalten ein Zurückstehen der Frauen hinter den Männern, das bei Sachsenberg den bedeutenden Unterschied von 23,2 pCt., bei Siegburg nur 4,5 pCt. beträgt. —

Eine Zusammenstellung der secundären Formen und der Paralyse nach Civilstand und Geschlecht gab so wenig klare Verhältnisse, dass ein näheres Eingehen auf dieselben von keinem Nutzen sein würde. Bei den secundären Seelenstörungen war nur insofern eine Uebereinstimmung vorhanden, als bei denselben mit Ausnahme der nur verschwindende Gesammtzahlen darbietenden verwittweten und geschiedenen Fälle die höchsten Procentsätze der Aufnahmen sich in der sechsten Rubrik vorfanden. Bei der Paralyse war das Verhalten in dieser Beziehung ein sehr schwankendes.

Als dasjenige Resultat der mit Berüchsichtigung des Civilstandes angestellten Untersuchungen, welches die meiste Beachtung verdient, scheint mir das Verhalten der verheiratheten melancholischen Weiber zu den verheiratheten Männern mit Melancholie betrachtet werden zu müssen, dass nämlich die verheiratheten Männer ihre Kranken rascher in die Anstalt bringen, als die Frauen. Dieser Befund steht in einer so bemerkenswerthen Uebereinstimmung zu den oben gefundenen Resultaten bei der Melancholie der Frauen und Männer, dass wir uns eine weitere Besprechung desselben mit Hinweisung auf das dort Gesagte hier ersparen können.

Zu dem Zwecke das Verhalten der erblichen Psychosen

zu den nicht erblichen in Bezug auf die Krankheitsdauer vor der Aufnahme zu prüfen, sind die folgenden Untersuchungen angestellt worden. Für dieselben stand ausser dem Material der hiesigen Anstalt noch dasjenige von Siegburg zur Verfügung. Die fraglichen Fälle, welche nur vereinzelt auftraten, sind gänzlich ausgeschlossen worden.

Tab. XI.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Erblich.						Nichterblich.					
	Sachsenberg.			Siegburg.			Sachsenberg.			Siegburg.		
	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
in Summa	182	169	351	78	92	170	233	191	424	143	127	270
bis 1 Mon.	21,4	16,0	18,8	32,1	28,7	30,2	23,3	18,9	21,2	29,4	34,6	31,9
2—3 „	19,8	26,0	22,8	26,9	31,9	29,7	17,0	20,9	18,8	25,8	28,4	27,0
4—6 „	13,2	11,9	12,5	16,7	13,8	15,1	9,9	22,0	15,5	11,2	16,5	13,7
7—12 „	10,4	18,3	14,3	12,8	14,9	13,9	11,2	11,5	11,4	18,2	15,0	16,7
Im 2. Jahre	6,6	7,7	7,1	1,3	2,1	1,8	8,5	5,2	7,0	4,2	1,6	3,0
Ueb. 2 Jahre	26,9	20,1	23,7	8,9	7,5	8,1	27,8	19,4	23,9	9,8	3,9	7,0
Unbestimmt	1,7	—	0,8	1,3	1,1	1,2	2,3	2,1	2,2	1,4	—	0,7

Tab. XI giebt eine Uebersicht, wie sich die Gesammtzahl der Aufnahmen, sowohl ohne als mit Berücksichtigung des Geschlechts auf die verschiedenen Unterabtheilungen der ausseranstaltlichen Krankheitsdauer vertheilt. Es liefern bekanntlich die erblichen Fälle meistens günstigere Genesungsprocente als die nicht erblichen, ein Verhalten, das sich auch bei den für die vorliegende Tabelle verwendeten Kranken bestätigt hat. Es würde daher für ein der Erblichkeit an sich anhaftendes günstiges prognostisches Moment sprechen, wenn bei den erblichen Fällen die mehr Aussicht auf Genesung bietenden kürzeren und kürzesten Zeiten der Krankheitsdauer vor der Aufnahme, also hier vorzüglich die erste Rubrik, mit geringeren Zahlen vertreten wären, als bei den Fällen ohne erbliche Anlage. Unsere Tabelle zeigt nun allerdings für beide Anstalten bei der Gesammtzahl der Kranken ohne Trennung der Geschlechter bei den erblich Belasteten für die erste Rubrik ein Zurückbleiben hinter den nicht erblichen Fällen, doch ist der Unterschied nur ein geringer, nämlich 2,4 pCt. für Sachsenberg und 1,7 pCt. für Siegburg, und zeigt die zweite Unterabtheilung

bereits wieder ein sehr nahekommendes entgegengesetztes Verhalten. In Betreff der höchsten Aufnahmeziffer ist es bei Sachsenberg für beide Hauptgruppen die sechste Rubrik, welche dieselbe mit der verschwindenden Differenz von 0,2 pCt. aufweist. Siegburg verzeichnet bei den erblichen Fällen sowohl, als den nicht erblichen die meisten Aufnahmen in der ersten Rubrik. Für die einzelnen Geschlechter stellt sich bei Sachsenberg in der ersten Rubrik ebenfalls ein zu Gunsten der Erblichkeit sprechendes, wenn auch nicht sehr beträchtliches Ueberwiegen heraus, indem die erblichen Frauen um 2,9 pCt., die erblichen Männer um 1,9 pCt. hinter den entsprechenden nicht erblichen Fällen zurückstehen. Doch bietet auch hier die zweite Rubrik wieder das entgegengesetzte Verhältniss. Die höchste Aufnahmeziffer findet sich bei den Männern für beide Gruppen in der sechsten Rubrik, bei den Frauen vertheilen sie sich auf die zweite und dritte Rubrik. Bei Siegburg zeigen nur die Frauen ein Ueberwiegen der nichterblichen Kranken um 5,9 pCt., bei den Männern sind die erblichen Fälle um 2,7 pCt. höher notirt als die Kranken ohne erbliche Anlage. Diejenige Rubrik, welche die höchsten Procentsätze der Aufnahmen aufweist, ist die erste, mit Ausnahme der erblich belasteten Frauen, bei welchen die zweite Rubrik diese Stelle einnimmt.

Bei einer Prüfung der Formen kam es vor allen Dingen auf eine Zusammenstellung möglichst homogener Fälle an. Als solche und zugleich mit Rücksicht auf die hier besonders zu beachtende prognostische Bedeutung mussten die sogenannten primären am meisten Aussicht auf Heilung bietenden Formen der Melancholie und Manie angesehen werden. Nach diesem Princip ist die Tab. XII. angefertigt. In Betreff der ersten Rubrik zeigen nun die erblichen Kranken durchgehends einen niedrigeren Procentsatz, als die nichterblichen. Bei der Gesammtsumme beider Geschlechter beträgt der Unterschied bei Sachsenberg 3,6 pCt., für die Männer und Frauen je 1,4 pCt. und 5,3 pCt., ein Verhältniss, welches für die specifischen günstigen Heilaussichten der erblichen Anlage spricht. Allerdings zeigt auch hier wieder die nachfolgende Rubrik das entgegengesetzte Verhalten. Zu Gunsten der erblichen Anlage spre-

Tab. XII.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Erblich.						Nichterblich.					
	Sachsenberg.			Siegburg.			Sachsenberg.			Siegburg.		
	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
in Summa	103	128	231	52	74	126	123	139	262	75	103	178
bis 1 Mon.	39,8	24,3	31,3	43,4	36,7	39,5	41,2	29,6	34,7	45,8	41,4	43,2
2—3 "	27,9	33,5	30,8	31,2	37,0	34,5	25,6	28,4	26,9	28,6	28,7	28,6
4—6 "	13,8	13,5	13,8	16,4	11,7	13,7	12,2	23,9	18,9	10,4	17,8	14,7
7—12 "	8,1	19,9	14,6	7,3	13,4	10,9	8,5	12,6	10,6	10,9	9,7	10,3
Im 2. Jahre	6,8	5,9	6,2	—	—	—	6,1	2,8	4,3	2,1	0,8	1,4
Ueb. 2 Jahre	3,6	2,9	3,3	—	1,2	0,6	6,4	1,7	4,0	—	1,6	0,8
Unbestimmt	—	—	—	1,7	—	0,8	—	1,0	0,6	2,2	—	1,0

chende Procentverhältnisse weisen auch die Kranken der Siegburger Anstalt auf. Bei den Gesammtsummen verzeichnen nämlich die nicht erblichen Fälle 3,4 pCt. mehr, als die erblichen und ebenso überschreiten die Männer und Frauen ohne erbliche Disposition mit je 1,4 pCt. und 5,3 pCt. die hereditär belasteten Kranken ihres Geschlechtes. In bemerkenswerther Uebereinstimmung sind es für beide Anstalten die erblichen weiblichen Erkrankungen, welche die höchsten Procentsätze der Aufnahmen in der zweiten Rubrik verzeichnen, während es für die übrigen Gruppen durchgängig die erste Rubrik ist, welche diesen Platz übernimmt.

Im Allgemeinen kann man sich wohl dahin aussprechen, dass die Ergebnisse der Tab. XI. und XII. nicht gegen den prognostischen Vorzug der erblichen Anlage sprechen, vielleicht eher zu Gunsten derselben ausgelegt werden können. Selbstverständlich sind noch weitere und womöglich umfassendere Untersuchungen zur Entscheidung dieser sicher des Interesses nicht entbehrenden Frage nöthig und wünschenswerth.

Die nächstfolgenden Tabellen sind nach dem Gesichtspunkte des Alters der Erkrankung zusammengestellt. Tab. XIIIa. giebt eine Uebersicht mit und ohne Berücksichtigung des Geschlechts für sämmtliche Formen. Da die Eintheilung unserer Anstaltszahlblättchen für unseren Zweck zu reichlich gegliedert erschien, ist eine solche nach natürlichen Lebensperioden vor-

gezogen worden und wurden folgende 3 Hauptgruppen gebildet. I. Die Zeit bis zum 25. Jahre, welche von der Kindheit durch die Pubertät bis zum vollendeten Wachsthum reicht. Es konnten diese Altersstufen um so eher vereinigt werden, als die den Kinder- und Pubertätsjahren angehörigen Bewohner unserer Anstalten den übrig bleibenden Kranken dieser Gruppe gegenüber in sehr ausgeprägter Minderzahl verbleiben. Die zweite Gruppe umfasst die Periode von 25—45 Jahren, die Zeit des gereiften Alters und als letzte Gruppe sind die Altersstufen über 45 Jahre aufgestellt, d. h. der Eintritt des Klimakteriums und das Greisenalter. Als Periode des verheiratheten Civilstandes und der vorzüglich dem Leben und der Sorge für die Familie gewidmeten Zeit wird selbstverständlich besonders die zweite Gruppe zu betrachten sein. In der ersten Unterabtheilung ist das Individuum in der Mehrzahl der Fälle in der Stellung als Kind zu den Eltern aufzufassen, in der letzten Zeit erfährt Thätigkeit und Geltung desselben gegenüber der zweiten Gruppe durch das allmälig eintretende Alter und das schliesslich vollkommen ausgeprägte Greisenthum eine nicht unwesentliche Veränderung und Verminderung. In Betreff des Civilstandes wird für die letzte Gruppe die Annahme berechtigt sein, dass dieselbe einen grösseren Procentsatz an Verheiratheten aufzuweisen haben wird, als die erste Altersstufe.

Tab. XIIIa. (Sachsenberg.)

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Bis 25 Jahr.			25—45 Jahr.			Ueber 45 Jahre.		
	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
in Summa	93	72	165	217	178	395	99	115	214
bis 1 Monat . .	28,3	18,3	23,9	18,6	19,2	18,9	27,3	14,2	20,3
2—3 „ . .	20,6	25,4	22,7	16,7	23,2	19,6	19,2	20,3	20,3
4—6 „ . .	12,0	24,0	17,2	12,1	13,5	12,7	7,1	19,5	14,0
7—12 „ . .	17,4	18,3	17,8	11,2	15,3	13,0	8,1	12,4	13,3
Im 2. Jahre . .	2,2	5,6	3,7.	11,2	4,5	8,2	5,0	9,7	7,0
Ueber 2 Jahre .	19,5	8,4	14,7	27,4	22,6	25,3	31,3	23,0	23,5
Unbekannt . . .	—	—	—	2,8	1,7	2,3	2,0	0,9	1,6

Tab. XIIIa. zeigt nun bei Sachsenberg für die Summe der Aufnahmen ohne Trennung der Geschlechter, für die erste Rubrik bei der ersten Gruppe bis 25 Jahren den höchsten

Procentsatz, welcher die Fälle von 25—45 Jahren um 5,0 pCt. übertrifft. Es folgt dann die dritte Altersstufe mit 3,6 pCt. Unterschied und zuletzt die zweite Gruppe, das gereifte Alter, hinter der vorhergehenden mit 1,4 pCt. zurückstehend. Bei den jüngeren Individuen fällt ausserdem die höchste Zahl der Aufnahmen in die erste Rubrik, sie wurden also rascher in die Anstalt eingeliefert als die beiden letzten Lebensperioden, bei denen die sechste Rubrik die meisten Aufnahmen aufweist. Bei den Kranken Siegburgs, deren Verhalten Tab. XIIIb.

Tab. XIIIb. (Siegburg.)

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Bis 25 Jahr.			25—45 Jahr.			Ueber 45 Jahre.		
	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
in Summa	57	59	116	110	122	232	49	44	93
bis 1 Monat . .	36,2	35,7	36,0	24,8	29,2	27,1	37,5	34,9	36,5
2—3 „ . .	28,1	24,6	26,3	29,4	30,0	29,7	25,0	39,5	31,8
4—6 „ .	16,1	20,7	18,4	11,0	13,3	12,2	14,6	18,6	16,5
7—12 „ . .	7,1	10,4	8,8	22,0	18,3	20,2	14,6	4,7	9,9
Im 2. Jahre . .	5,4	3,4	4,4	2,7	3,4	3,0	4,2	—	2,2
Ueber 2 Jahre .	7,1	5,2	6,1	10,1	5,8	7,9	4,1	2,3	3,3
Unbestimmt . .	—	—	—	—	—	—	—	—	—

klarlegt, nimmt in Bezug auf die erste Rubrik die erste Stelle die letzte Altersstufe ein und folgt dann die Lebenszeit bis zum 26. Jahre, allerdings mit nur 0,5 pCt. Differenz. Dagegen steht auch hier in Uebereinstimmung mit Sachsenberg die Periode des gereiften Alters zuletzt und zwar hinter den beiden anderen um durchschnittlich 9,2 pCt. zurück. Die Hauptsumme der Aufnahmen fällt bei der ersten und zweiten Gruppe in die erste Rubrik, die zweite Altersclasse verzeichnet sie in der zweiten. Diese Resultate stehen, wie wohl nicht weiter erörtert zu werden braucht, mit dem oben, über den Einfluss des Civilstandes Gesagten in einer nicht zu verkennenden Uebereinstimmung.

Die verschiedenen Geschlechter zeigen in Tab. XIIIa. für die drei Altersstufen folgende Verhältnisse. In Betreff der ersten Rubrik sind bei Sachsenberg die Frauen im Allgemeinen ungünstiger gestellt, als die Männer. Sie stehen bei der ersten Altersperiode mit 10,0 pCt. hinter denselben zurück, bei der

letzten um 14,1 pCt. Gegenüber diesen beträchtlichen Unterschieden zeigen sie in den Jahren des gereiften Alters nur ein geringes Ueberwiegen von 0,6 pCt. über das männliche Geschlecht. Dasselbe Verhalten findet auch bei Siegburg statt, doch sind hier die Unterschiede bei der ersten und letzten Lebensperiode weniger stark ausgeprägt, während bei dem gereiften Alter das Ueberwiegen des weiblichen Geschlechts einen höheren Procentsatz, als bei Sachsenberg, nämlich 4,4 beträgt. Allerdings zeigen die späteren Unterabtheilungen der ausseranstaltlichen Krankheitsdauer und besonders die Fälle, bei denen die Störung bereits über zwei Jahre bestanden hat, durchgängig für die Männer ein Ueberwiegen, doch kann dies die Thatsache nicht entkräften, dass diejenige Rubrik, welche anerkannt prognostisch die günstigste ist, im Allgemeinen bei den männlichen Kranken höhere Procentsätze darbietet. Dies Zurückstehen der Frauen hinsichtlich der rascheren Ueberführung in die Anstalt entspricht wiederum den bereits über diesen Punkt ausgesprochenen Ansichten.

Von den Formen verdienen auch hier die meiste Beachtung Melancholie und Manie. Aus denselben Gründen wie bei der Prüfung des Einflusses des Civilstandes ist nur die erste und zweite Rubrik der Aufnahmezeit bei der Aufstellung der Tab. XIVa. und XIVb. berücksichtigt worden.

Tab. XIVa. (Sachsenberg.)

	Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	Bis 25 Jahr.			25—45 Jahr.			Ueber 45 Jahre.		
		M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
Melancholie.	in Summa	29	31	60	64	88	152	41	61	102
	bis 1 Monat	20,7	16,1	18,3	26,6	19,1	22,2	51,2	9,7	26,2
	2-3 „	27,6	38,7	33,4	34,4	30,3	32,0	17,1	21,0	19,4
Manie.	in Summa	41	28	69	39	39	78	19	24	33
	bis 1 Monat	51,3	22,2	39,4	18,9	43,2	31,1	29,4	45,5	38,5
	2—3 „	23,1	37,1	28,8	54,1	29,8	41,9	41,9	40,9	41,0

Die Gesammtsumme der melancholischen Kranken vertheilt sich bei Sachsenberg der Art auf die erste Rubrik, dass die erste Lebensperiode am ungünstigsten mit 18,3 gestellt ist,

Tab. XIVb. (Siegburg.)

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.		Bis 25 Jahr.			25—45 Jahr.			Ueber 45 Jahre.		
		M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.	M.	Fr.	Sa.
Melancholie.	in Summa	20	29	49	37	53	90	15	22	37
	bis 1 Monat	31,0	30,0	30,6	32,5	23,1	27,0	26,7	27,3	27,0
	2—3 „	29,0	28,6	28,6	27,0	34,6	31,5	26,7	50,0	40,6
Manie.	in Summa	19	27	46	23	44	67	19	17	36
	bis 1 Monat	75,0	52,2	61,5	45,0	52,5	50,0	62,5	53,8	58,6
	2—3 „	18,8	26,1	23,1	50,0	30,0	36,7	25,0	30,8	27,6

dann folgt die zweite Altersstufe mit 3,9 pCt. mehr und am günstigsten stellen sich über die 45 Jahre hinausgehende Kranken mit 26,2 pCt. — Bei Siegburg ist im Gegensatz hierzu die erste Altersstufe am günstigsten mit 30,6 pCt. notirt, die beiden übrigen stehen mit gleichen Zahlen um je 3,6 pCt. hinter der ersten zurück.

Bei der Manie in Sachsenberg bleibt die zweite Gruppe um 8,3 und 7,2 pCt. hinter der ersten und dritten zurück, ebenso bei Siegburg um je 11,5 und 8,6 pCt. Sehr constant ist dagegen das Zurücktreten des weiblichen Geschlechts gegen das männliche in der ersten Rubrik bei der Melancholie; das für Sachsenberg bei den Fällen von 25—45 Jahren 7,5 pCt. beträgt, bei den jüngeren Kranken 4,6 pCt. ausmacht und bei der letzten Stufe den ganz bedeutenden Unterschied von 41,5 aufweist. Dieses Verhältniss ist auch bei Siegburg vorhanden, jedoch so, dass für die erste und dritte Altersclasse der Unterschied nur 1,0 und 0,7 pCt. beträgt; während bei dem mittleren Lebensalter die Frauen den Männern um 9,4 pCt. nachstehen. Bei der Manie zeigen die Geschlechter hier ein weniger bestimmtes Verhältniss, wie sich wohl ohne weitere Erörterungen aus den Tabellen entnehmen lässt. Die höchsten Procentsätze der Aufnahme fallen bei Manie und Melancholie in der Mehrzahl in die zweite Rubrik, doch so, dass bei der Manie die erste Rubrik zahlreicher vertreten ist, als bei den melancholischen Kranken.

Von diesen Resultaten fällt wieder das Verhalten der melancholischen Frauen am meisten in's Gewicht.

Inwiefern der Befund, dass dieselben ihre Kranken bei sämmtlichen Altersstufen später in die Anstalt überführen, zu dem bei den vorhergehenden Untersuchungen gefundenen Verhalten der beiden Geschlechter bei dieser Form passt, leuchtet wohl von selbst ein.

Sehr schwankender Natur sind die Verhältnisse der secundären Seelenstörungen. Doch sind bei denselben, wie bei allen früheren Zusammenstellungen durchgängig die höchsten Aufnahmeziffern in der sechsten Rubrik vertreten.

Von den Paralytikern, bei denen allerdings die Männer die Frauen sehr bedeutend in numerischer Hinsicht überschreiten, weisen in der ersten Rubrik bei der zweiten und dritten Altersclasse nur die Männer einen Procentsatz auf; der einzige Fall unter 25 Jahren, ein männlicher Kranker, wurde nach zweijähriger Krankheitsdauer aufgenommen. Bei den Paralytikern von 25—45 Jahren fallen die meisten Aufnahmen durchgängig in die vierte Rubrik (7—12 Monat) und bei den Kranken der letzten Gruppe ist es die sechste Rubrik, welche bei beiden Geschlechtern die höchsten Zahlen aufweist.

Von Interesse schien es endlich, eine Untersuchung vom Gesichtspunkte des Bildungsgrades und Standes der Kranken aus anzustellen. Als das am nächsten liegende Eintheilungsprincip konnte hier wohl die Verpflegungsclasse der einzelnen Kranken angenommen werden. Eine danach angenommene Trennung dürfte wenigstens bei unserer Anstalt die Mehrzahl der gebildeten und besser situirten Stände von den übrigen ausscheiden. Durch die ohne Bedenken vorzunehmende Vereinigung der ersten und zweiten Classe konnte bei diesem Eintheilungsmodus auch dem berechtigten Wunsche möglichst weniger Unterabtheilungen Genüge gethan werden. Zu erwähnen ist noch, dass die aus einem anderen Asyl versetzten Kranken bei diesen Untersuchungen ausgeschlossen wurden; ein Verhalten, welches im Interesse einer Vergleichung möglichst homogener Hauptgruppen geboten erschien, da besonders die erste und zweite Classe sich eher als die dritte in der Lage befindet, ihre Kranken einer Privatanstalt anzuvertrauen, bevor sie dieselben der staatlichen Anstalt zuführt.

Tab. XV.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.	I. und II. Classe.			III. Classe.		
	M.	Fr.	Summa.	M.	Fr.	Summa.
in Summa	112	90	202	290	282	572
bis 1 Monat	17,4	14,8	16,2	21,6	17,9	19,8
2—3 „	15,6	23,9	19,3	19,9	23,3	21,6
4—6 „	9,2	13,6	11,2	12,5	17,2	14,8
7—12 „	10,1	12,5	11,2	10,4	15,4	12,9
Im 2. Jahre	12,8	11,4	12,2	6,3	4,7	5,5
Ueber 2 Jahre	34,9	23,8	29,9	26,5	20,1	23,3
Unbestimmt	—	—	—	2,8	1,4	2,1

Aus Tab. XV. ersehen wir, dass die Kranken der dritten Classe durchgehends rascher der Anstalt zugeführt werden, als bei der ersten und zweiten. Bei der Gesammtsumme beider Geschlechter überwiegt die letzte Classe in der ersten Rubrik mit 3,6 pCt., die Männer und Frauen der dritten Classe überschreiten die Kranken der höheren Classen mit 4,2 und 3,1 pCt. — Bei beiden Hauptgruppen stehen endlich die Frauen stets den Männern nach und zwar in der dritten Classe mit 3,7 pCt. und bei den ersten beiden mit 2,6 pCt. — Die höchste Zahl der Aufnahmen fällt für die Gesammtsummen ohne Berücksichtigung des Geschlechts bei der dritten Classe in die zweite Rubrik, bei den beiden anderen in die sechste und ist es für diese auch bei beiden Geschlechtern die sechste Rubrik, welche den höchsten Procentsatz aufweist, während bei der dritten Classe nur die Männer dasselbe Verhalten zeigen, die Frauen dagegen die zweite Rubrik bevorzugen.

Das Verhalten der Melancholie und Manie bei den beiden Hauptgruppen und für die ersten beiden Rubriken zeigt uns Tab. XVI. Bei der Melancholie entsprechen die Resultate denen der vorhergehenden Tabelle. Bei der dritten Classe verzeichnet die erste Rubrik sowohl mit als ohne Berücksichtigung des Geschlechts höhere Procentsätze als die beiden ersten Classen, die sich allerdings nur zwischen den mässigen Unterschieden von 1,4—2,1 pCt. bewegen. Die Frauen stehen bei beiden Hauptgruppen wiederum nicht unbeträchtlich hinter

Tab. XVI.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme.		I. und II. Classe.			III. Classe.		
		M.	Fr.	Summa.	M.	Fr.	Summa.
Melancholie.	in Summa	33	50	83	94	137	231
	bis 1 Monat .	27,3	14,0	19,3	28,7	16,1	21,2
	2–3 „ .	33,3	30,0	31,3	27,7	25,5	26,4
Manie.	in Summa	180	13	31	73	73	146
	bis 1 Monat .	55,5	38,5	48,4	45,2	34,2	39,7
	2–3 „ .	16,7	38,4	25,8	28,8	37,0	32,9

den Männern zurück, so bei den Kranken der höheren Classen um 14,3 pCt., bei der dritten Classe beträgt der Unterschied 12,6 pCt. — Die höchsten Aufnahmezahlen fallen durchgängig in die zweite Rubrik. Diese bei der Melancholie gefundenen Resultate sind besonders für die Frauen im Vergleich zu den an verschiedenen Stellen bereits in dieser Beziehung sich herausgestellten Ergebnissen sicher beachtungswerth, da sie ebenfalls dafür sprechen, dass die melancholischen Frauen den Anstalten weniger rasch zugeführt werden, als die Männer.

Bei der Manie sind die Verhältnisse zum Theil entgegengesetzter Art, die dritte Classe zeigt durchgängig für die erste Rubrik niedrigere Procentsätze als die Kranken der höheren Classen. Dagegen stehen die Frauen bei beiden Hauptabtheilungen wiederum sehr bedeutend hinter den Männern. Die meisten Aufnahmen fallen, mit Ausnahme der Frauen der dritten Classe, sämmtlich in die erste Classe.

Bei den secundären Formen stellte sich heraus, dass die beiden ersten Classen für die erste und zweite Rubrik überhaupt keine Kranken aufweisen, während die dritte Classe für beide, wenn auch nur kleine Procentsätze zeigte. In ähnlicher Weise bot die Paralyse nur bei den Kranken der dritten Classe in der ersten Rubrik einen Procentsatz von 2,7 und fiel auch hier die höchste Zahl der Aufnahmen in die zweite Rubrik, während die Paralytiker der beiden ersten Classen dieselbe erst in der vierten Rubrik darboten. Bei den secundären Seelenstörungen kamen wie überall die meisten Kranken in

der sechsten Rubrik zur Aufnahme, doch so, dass durchgängig die erste und zweite Classe um durchschnittlich um 9,1 pCt. hinter der dritten Classe zurückblieb.

Im Allgemeinen hat sich also bei den Kranken unserer Anstalt ein zu Gunsten der dritten Classe entsprechendes Verhältniss herausgestellt. Allerdings bedarf es zur Entscheidung dieser Frage entschieden noch weiterer Prüfungen, wie sie mir leider nicht zu Gebote stehen. Sollte sich aber wirklich für die verschiedenen Classen resp. Bildungsgrade der Geisteskranken herausstellen, dass die gebildeten und wohlhabenden Stände ihre Kranken weniger rasch in die Anstalt bringen, als die niedrigeren Classen, so würde wohl als die natürlichste Erklärung die den ersteren eher gebotene Möglichkeit zu betrachten sein, sowohl in Bezug auf Zeit, als Raum und Kosten ihren geistig Gestörten leichter die nöthige Pflege, Bewachung, erforderliche Isolirung u. s. w. auf dem Wege der Familienpflege zukommen zu lassen.

Selbstverständlich muss sich hier sofort die Frage aufdrängen, wie verhalten sich die beiden Hauptgruppen in Bezug auf die Heilungsverhältnisse und entspricht bei der dritten Classe, wie man voraussetzen sollte, der raschen Ueberführung in die Anstalt auch ein grösserer Procentsatz von Genesungen. Zur Lösung dieser Fragen sind aus dem hiesigen Material die beiden folgenden Tabellen XVII. und XVIII. zusammengestellt worden und kamen bei denselben für die Auswahl der Fälle die gleichen Gesichtspunkte wie bei den vorhergehenden Tabellen zur Geltung. Den bekannten vier Rnbriken des Abgangs wurde ausserdem noch eine fünfte zugefügt, welche die zur Zeit der Untersuchung noch in der Anstalt befindlichen Fälle enthält.

Tab. XVII. giebt eine Uebersicht sämmtlicher Aufnahmen mit und ohne Trennung der Geschlechter. In Bezug auf die hier am meisten in Betracht kommende Rubrik der geheilten Fälle sind für die Gesammtzahl der Männer und Frauen die Kranken der dritten Classe um 8,0 pCt. günstiger gestellt, als die beiden höheren Classen. Auch bei den verschiedenen Geschlechtern ist die dritte Classe die bevorzugte und zwar für die Männer mit 4,6 pCt. und für das weibliche Geschlecht mit

Tab. XVII.

Art der Entlassung.	I. und II. Classe.			III. Classe.		
	M.	Fr.	Summa	M.	Fr.	Summa.
in Summa	109	88	197	287	279	566
Geheilt	21,2	19,3	20,3	25,8	30,8	28,3
Gebessert	22,9	20,5	21,8	21,9	20,4	21,2
Ungeheilt	9,2	18,2	13,2	15,3	18,3	16,8
Gestorben	21,1	13,6	17,8	17,8	10,8	14,3
Noch in der Anstalt befindlich	25,7	28,4	26,9	19,2	19,7	19,4

11,5 pCt. Unterschied. Das Verhältniss der Geschlechter bei den Kranken ein und derselben Classe ist ein wechselndes, indem bei der Gruppe der besser gestellten Kranken die Männer den Frauen um 1,9 pCt. voraus sind, während bei der dritten Classe die Frauen um 5,0 pCt. höher stehen. Ein zu Gunsten der dritten Classe sprechendes Verhalten zeigen auch die Rubriken der gestorbenen und noch in der Anstalt befindlichen Fälle. Bei den letzteren beträgt der durchschnittliche Procentsatz, um welchen die letzte Classe hinter den Kranken der gebildeten Stände zurücksteht, 7,6 pCt., bei den Sterbefällen 3,2 pCt. Von den Gestorbenen bilden in Uebereinstimmung mit dem gewöhnlichen Befunde die Frauen den kleineren Bruchtheil. Bei den Gebesserten und den Ungeheilt Entlassenen sind die höheren Classen die günstiger Gestellten.

In Tab. XVIII. ist die Gesammtzahl der beiden primären besonders als heilbar zu betrachtenden Formen der Melan-

Tab. XVIII.

Art der Entlassung.	I. und II. Classe.			III. Classe.		
	M.	Fr.	Summa.	M.	Fr.	Summa.
	51	63	114	167	210	377
Geheilt	43,1	27,0	34,2	43,1	39,5	41,1
Gebessert	31,4	20,6	25,4	15,0	18,1	16,7
Ungeheilt	5,9	11,1	8,8	7,2	7,2	7,2
Gestorben	5,9	17,5	12,3	6,6	5,7	6,1
Noch in der Anstalt befindlich	13,7	23,8	19,3	28,1	29,5	28,9

cholie und Manie auf ihr Verhalten zu den in Rede stehenden Gesichtspunkten dargestellt. Auch hier zeigt die dritte Classe für die erste Rubrik und die Summe der aufgenommenen Männer und Frauen einen um 5,9 höheren Procentsatz, als die erste und zweite Classe. Bezüglich des Geschlechts sind nur die Frauen der dritten Classe mit 12,5 pCt. höher notirt als ihre Geschlechtsgenossinnen der höheren Stände; während bei den Männern die Zahlen gleich sind. Bemerkenswerth ist das Zurückstehen der Frauen hinter den Männern bei beiden Hauptgruppen. Die Rubrik der noch in der Anstalt befindlichen Fälle zeigt in dieser Tabelle, im Gegensatz zu der vorigen, für die dritte Classe durchgängig höhere Procentsätze, im Durchschnitt um 5,0 pCt. Bei den nur gebessert entlassenen Kranken sind die beiden ersten Classen ohne Ausnahme höher gestellt. Die Rubrik der ungeheilt Abgegangenen und der Gestorbenen weist für die Männer und Frauen zusammen bei der dritten Classe den günstigeren geringeren Procentsatz auf; von den Männern sind die höheren Classen bevorzugt, bei den Frauen die dritte Classe.

Wenn die Zahlen der ersten Rubrik, d. h. der Procentsatz an Genesungen, als maassgebend betrachtet wird, so sprechen die Ergebnisse der Tab. XVII. und XVIII. zu Gunsten der dritten Classe, indem bei derselben fast durchgängig mehr Heilungen erfolgten, als bei der ersten und zweiten Classe. Selbstverständlich bedarf auch dieser Befund einer weiteren und womöglich auf eine Vergleichung verschiedener Anstalten gegründeten Prüfung. Immerhin erscheint es aber gerechtfertigt, in ihm eine Aufforderung zu sehen, besonders bei den besseren Ständen auf eine baldige Ueberführung der Geisteskranken in eine Irrenanstalt zu dringen.

Hiermit bin ich am Schlusse meiner Untersuchungen angelangt. Es wird nicht nöthig sein, die Hauptresultate noch einmal zusammenzufassen, da dieselben bereits bei den einzelnen Abschnitten eingehend besprochen worden sind. Zur Sicherstellung eventuell Berichtigung derselben sind, wie schon mehrfach hervorgehoben wurde, weitere Arbeiten wünschenswerth und würde es mich freuen, wenn die vorliegende Abhandlung zu solchen die Veranlassung sein sollte.

Beobachtungen über Schrumpfung und Sclerose des Ammonshornes bei Epilepsie.

Von

Dr. Ludwig Pfleger,

Hausarzt an der Wiener städtischen Siechen- und Versorgungsanstalt zu Ybbs.

Seitdem *Meynert* zuerst in Deutschland auf die bei Epilepsie vorkommende Atrophie und Sclerose des Ammonshornes [1]) aufmerksam gemacht hat, habe ich nur wenige pathologische Befunde bei Epileptikern, in welchen einer krankhaften Veränderung des Ammonshornes Erwähnung geschieht, in der mir hier zugänglichen Literatur vorgefunden.

Zuerst fand ich vier Fälle von Epilepsie mit Obductionsbefund von *Holler* [2]) im Ybbser Irrenanstaltsbericht für 1872 verzeichnet. Bei jedem dieser vier Fälle wurde Sclerose des Ammonshornes constatirt.

Ferner theilte *Snell* 1875 hundert Sectionsbefunde bei Epilepsie [3]) mit, darunter nur drei Fälle von krankhaften Veränderungen, respective Schrumpfung und Sclerose des Ammonshornes.

In einer weiteren Reihe von Beobachtungen fand *Hemkes* und zwar bei 34 Sectionen von Epileptikern [4]) in sechs Fällen

---

[1]) Studien über das patholog.-anatom. Material der Wiener Irrenanstalt. Deutsche Vierteljahrschr. f. Psychiatrie, I. p. 395 u. ff.

[2]) Bericht über die nieder-österr. Landes-Irrenanstalt Ybbs. In Verbindung mit dem ärztlichen Jahresberichte, 1872.

[3]) Zur pathologischen Anatomie der Epilepsie. Allgem. Zeitschr. für Psych., 32. Bd., p. 636.

[4]) Ueber Atrophie und Sclerose des Ammonshornes bei Epileptikern. Allg. Zeitschr. für Psych., 34. Bd., p. 678.

abnorme Härte und bedeutende Schrumpfung eines oder beider Ammonshörner.

Hemkes erwähnt, dass *Charcot* und er selbst die von *Meynert* betonte Häufigkeit der Atrophie und Sclerose des Ammonshornes bei Epileptikern nicht constatiren konnten, dass aber Sclerose des Ammonshornes mit sehr wenig Ausnahmen nur bei Epileptikern gefunden wurde.

Ich erlaube mir nun, meine Beobachtungen über pathologische, ohne Mikroskop erkennbare Veränderungen am Ammonshorne und dessen Umgebung bei Epileptischen mitzutheilen, und in Vergleich zu ziehen zu ähnlichen Befunden an Gehirnen von anderweitig Erkrankten.

Während meiner medicinischen Studien und meiner Dienstleistung an der Wiener Anatomie als Demonstrator ist mir bei einem ziemlich grossen Materiale, welches meist aus Anstalten stammte, wo Epileptiker nicht, sondern nur acut verlaufende Fälle aufgenommen, resp. länger verpflegt wurden, eine besondere Veränderuung an den Ammonshörnern nie aufgefallen. In der Versorgungsanstalt zu Ybbs habe ich nun bei circa 300 Obductionen 23 Mal Atrophie und Sclerose, 2 Mal Atrophie ohne Sclerose, zusammen 25 Mal bei Epileptikern, einmal beiderseitige Atrophie und Sclerose bei einem, aus der Wiener Irrenanstalt mit paralytischem Blödsinn zugewachsenen 49jährigen weiblichen Individuum, und einmal beiderseitige Schrumpfung mit kaum merklicher Sclerose und Verwachsung des rechten Ammonshornes mit der gegenüberliegenden Ventrikelwand bei einer 78jährigen hysterischen Frau gesehen, welche seit einer langen Reihe von Jahren zeitweise von Krämpfen befallen wurde, ohne dass Aufgehobensein des Bewusstseins während derselben constatirt werden konnte.

Ausserdem fand ich öfters eine mehr oder minder bedeutende, meist beiderseitige Anheftung des vorderen Theiles des Ammonshornes an die gegenüberliegende Ventrikelwand (abgesehen von diesem Vorkommniss bei einigen Epileptikern mit Schrumpfung des Ammonshornes) — einmal einer bei 38jährigen Verrückten, welche in den letzten Jahren alljährlich 1—2 epileptoide Anfälle hatte, früher an wirklicher Epilepsie gelitten haben soll, dann bei zwei männlichen Paralytikern (mit

31 und 40 Jahren), von welchen der jüngere früher angeblich Epilepsie gehabt; einmal bei einem Epileptiker, der erst im 22. Lebensjahre epileptisch geworden, zwar sehr häufige Anfälle hatte, wovon jedoch die grössere Anzahl ohne Bewusstseinspause und unter mehrfachen Variationen ablief, und 7 Mal bei an Marasmus senil. Verstorbenen, von denen 2 verrückt gewesen, und nachweisbar an häufigen Aufregungszuständen gelitten hatten.

Ich glaube hier erwähnen zu sollen, dass ich Verlöthungen von Theilen der Ventrikelwände sonst nur noch im Hinterhorne angetroffen habe, und zwar häufiger als im Unterhorne, und kamen diese Verlöthungen in der Mehrzahl der Fälle bei an Marasmus Verstorbenen vor, nur einmal bei einer Epileptischen mit halbseitiger Gehirnatrophie und Atrophie des Ammonshornes derselben Seite.

Hemkes hebt hervor, die Atrophie und Sclerose des Ammonshornes habe sich nur bei solchen Epileptikern gefunden, welche vor dem 12. Lebensjahre an Epilepsie erkrankt waren, und zwar hatten alle im frühesten Kindesalter zuvor an einem schweren Hirnleiden oder an einer acuten Hirnkrankheit mit heftigen Hirnerscheinungen gelitten.

Ich habe leider in den meisten Fällen die Zeit des Beginnes der Erkrankung an Epilepsie nicht in Erfahrung bringen können, kann jedoch aus den mir bekannt gewordenen Daten als sicher aussagen, dass 1) die überwiegende Anzahl der von mir obducirten 43 Epileptiker, insbesondere die weiblichen in der ersten Kindheit an „Fraisen“ gelitten hatten, welche sich früher oder später zu vollständiger Epilepsie entwickelten, und dass 2) vorwiegend bei denjenigen, welche in der Kindheit erkrankt waren, die Sclerose des Ammonshornes sich vorfand, dass jedoch 3) unter den männlichen Individuen drei mit Atrophie und Sclerose des Ammonshornes sich fanden, welche erst im Alter von 20 Jahren und darüber von der Epilepsie in Folge einer bedeutenderen äusseren Veranlassung befallen worden waren. Die vier *Holler*'schen Fälle, ganz sicher aber 3 von ihnen gehören Individuen an, welche an Epilepsie seit Kindheit gelitten hatten.

Wenn ich nun meine Epileptiker in zwei Reihen sondere, in solche mit meist vollständigen, stärkeren und häufigeren Anfällen (mindestens 10 im Monate) und solche, mit schwä-

cheren, öfters unvollständigen und selteneren Anfällen, in welche Kategorie ich auch diejenigen älteren Individuen einbeziehe, welche als Epileptiker im Standesprotokoll bezeichnet waren, und die nach eigener Aussage und nach der ihrer Mitbewohner an Epilepsie in leichtem Grade gelitten hatten, zur Zeit meiner Dienstleistung in der Anstalt aber keine Anfälle mehr bekamen, so muss ich sagen, dass wieder vorwaltend die ersteren mit Atrophie und Sclerose des Ammonshornes behaftet waren. Von 8 männlichen Individuen mit starken und häufigen Anfällen hatten 6 Sclerose, von 9 mit selteneren und schwächeren Anfällen bot nur Einer eine leichte Atrophie und Sclerose dar, drei Individuen aber hochgradige Atrophie der einen Gehirnhälfte.

Von den weiblichen Individuen habe ich 15 mit häufigeren und stärkeren Anfällen ausgeschieden, von diesen hatten 11 Sclerose des Ammonshornes. Bei den anderen 11 weibl. Epileptischen mit Anfällen leichteren Grades fand sich 4 Mal Sclerose und 2 Mal Atrophie ohne Sclerose; eine so sehr bedeutende Atrophie der einen Hirnhälfte wie bei den 3 männlichen Individuen kam aber nicht vor.

Um die Vertheilung der Fälle von Schrumpfung und Sclerose des Ammonshornes bei Epilepsie auf die beiden Gehirnhälften und das Geschlecht bei dem freilich geringen Material übersichtlich zu machen, habe ich die in der Literatur gefundenen Fälle der schon oben erwähnten Beobachter und meine eigenen in folgender Tabelle zusammengestellt.

Atrophie und Sclerose des Ammonshornes bei Epileptikern.

Beobachter	Rechts		Links		ohne Angabe des Geschl.	beiderseits		Zusammen		
	männl.	weibl.	männl.	weibl.		männl.	weibl.	männl.	weibl.	ohne Angabe des Geschl.
Meynert .	2	2	8	2	1	2	2	12	6	1
Holler .	1	—	1	—	—	—	2	2	2	—
Snell . .	—	—	2	—	—	1	—	3	—	—
Hemkes .	1	—	2	1	—	2	—	5	1	—
Pfleger .	3	13	2	4	—	2	1	7	18[1]	—
	7	15	15	7	1	7	5	29	27	1
	22 Mal		23 Mal			12 Mal		in 57 Fällen von Atrophie des Ammonshornes.		

[1]) Darunter 2 Mal Schrumpfung ohne Sclerose.

Meynert, Holler und *Snell* haben nicht angegeben, bei wie vielen der von ihnen untersuchten Gehirnen Epileptischer eine Schrumpfung des Ammonshornes sich vorfand. Es bleibt mir nun nur übrig, die von *Hemkes* und mir beobachteten Fälle in Betracht zu ziehen, um zu erfahren, wie beiläufig das Verhältniss der Epileptiker mit Schrumpfung und Sclerose des Ammonshornes zu denen ohne diesen Befund sich stellt, und sehe ich, dass bei den 27 männlichen und 7 weiblichen epileptischen Individuen von *Hemkes*, und den 17 männlichen und 26 weiblichen von mir beobachteten (zusammen 44 männlichen, 33 weiblichen = 77 Epileptikern beiderlei Geschlechts) 29 Mal Atrophie mit Sclerose und 2 Mal Schrumpfung ohne Sclerose vorhanden war. Da *Hemkes* jedoch ausdrücklich von bedeutender Schrumpfung und abnormer Härte spricht und wahrscheinlich Fälle von geringerer Atrophie nicht gezählt hat, so dürfte sich das Verhältniss wohl so stellen, dass bei etwas mehr als der Hälfte der Epileptiker ein oder beide Ammonshörner auf die erwähnte Weise verändert sind.

Meynert hat aller Wahrscheinlichkeit nach auch geringere Grade von Schrumpfung und Sclerose berücksichtigt.

Nach meinen Beobachtungen scheint das überwiegend häufigere Vorkommen der Schrumpfung des Ammonshornes beim weiblichen Geschlechte: 18 Mal unter 26 epileptischen Individuen auffällig. Bei der Zusammenstellung in obiger Tabelle schwindet dieses eigenthümliche Verhältniss wieder, und zeigt dieselbe, dass Atrophie und Sclerose des Ammonshornes ziemlich gleich oft beim männlichen und weiblichen Geschlechte, doch fast doppelt so oft einseitig, als beiderseits beobachtet worden ist.

Nun fand sich bei einer immerhin beträchtlichen Anzahl der Epileptiker erwähnte pathologische Erscheinung nicht vor, dieselbe wurde aber auch bei anderen Erkrankungen constatirt (unter meinen Beobachtungen 2 Mal).

Meynert, in dem oben citirten Aufsatze, erwähnt, dass er mit der wirklichen Zerstörung des Ammonshornes durch Encephalitis (Schwund desselben) nicht Epilepsie vereinigt gesehen habe.

Das Ammonshorn hat nach anatomischen und experimentellen Untersuchungen mit motorischen Vorgängen allem An-

scheine nach nichts zu schaffen, und man muss daher von der Ansicht (der man sich beim öfteren Fehlen jedweder anderen auffälligen, ähnlich häufigen Abnormität im Gehirne Epileptischer leicht zuneigen könnte) absehen, dass das erkrankte Ammonshorn Ursache, Sitz oder Folge der Epilepsie sei, und auf die, wie es scheint, öfters übersehene Aeusserung *Meynert's*[1]) zurückkommen, „dass durch gewisse physiologische Beziehungen das Ammonshorn bei der durch ganz fern liegende Erkrankungen bedingten Epilepsie miterkranken müsse".

Mir ist nun bei makroskopischer Betrachtung der in verschiedenen Stadien der Schrumpfung und Verhärtung befindlichen und der nicht sclerosirten Ammonshörner bei Epileptikern bezüglich ihrer Blutfülle, dann verschiedener Farbe- und Consistenz-Aenderungen in der Umgebung (d. i. Mandelkern, Vormauer, äusseres Glied des Linsenkernes, welche meist hortensiaroth verfärbt waren, wobei ersterer sich überdies sehr häufig sclerosirt fand) auf Grundlage der von *Kussmaul* und *Tenner, Brown-Séquard, Nothnagel* u. A. über das Zustandekommen des epileptischen Anfalls durch Experimente gewonnenen Ansicht wahrscheinlich geworden, dass eine Ernährungsstörung durch Aenderung in der Art und Weise der Circulation des Blutes während und nach dem epileptischen Anfalle bei eigenthümlicher Anordnung und Lage der Blutgefässe des Ammonshornes vorliege, und wurde diese Vermuthung mir noch wahrscheinlicher, da ich ausser bei Epileptischen zweimal einen ähnlichen Befund bei solchen Erkrankungen gesehen habe, welche den epileptischen Anfällen ähnliche Erscheinungen in ihrer Symptomenreihe einschliessen.

Dies bezüglich möchte ich noch auf den zuerst citirten Aufsatz *Meynert's*[2]) hinweisen, in welchem (bei Besprechung freilich einer anderen Erscheinung) eines Falles von Eclampsie Erwähnung geschieht, „wo das Marklager um beide Mandelkerne schwielig, das linke Ammonshorn geröthet, voll klaffender Gefässe erschien, ferner auf einen bei *Charcot*[3]) berührten

---

[1]) l. c. p. 397.

[2]) l. c. p. 401.

[3]) Klinische Vorträge über Krankheiten des Nervensystems, 1876. Uebers. von Dr. *Fetzer*, p. 385.

Fall von Hystero-Epilepsie, in welchem beiderseits Sclerose des Ammonshornes, an einigen Windungen in der Umgebung der Sylvischen Grube hortensiarothe Färbung, einige kleine Auflockerungen und an einzelnen derselben eine sehr feine punktförmige Tüpfelung sich vorfand.

Als ich nun die Arbeiten über Blutcirculation im Gehirne von *Heubner*[1]) und *Duret*[2]), dann die specielle über das Ammonshorn von *Kupffer*[3]), durch welche ich in meiner Vermuthung nur bestärkt worden bin, kennen gelernt hatte, sind mir erst eine Reihe von Fragen aufgestossen, zu deren Lösung ich einer längeren Zeit bedarf, um so mehr, als ich in meinen Injectionsversuchen des Gehirnes und mikroskopischen Untersuchungen über das Ammonshorn und die benachbarten Theile, durch meine dienstliche Uebersetzung nach Wien auf einige Zeit gestört worden bin.

---

[1]) Die luetische Erkrankung der Hirnarterien, 1874.

[2]) Recherches anatomiques sur la circulation de l'encephale. Arch. de Physiologie norm. et path. 1874.

[3]) De cornu Ammonis structura. 1859.

Die therapeutische Anwendung des Hyoscyamin bei Psychosen.

Von

Dr. E. Mendel,

Privatdocenten an der Universität Berlin und Director der Privatheilanstalt in Pankow.

(Hierzu Taf. III.)

Zu den unangenehmsten Gästen in den Irrenanstalten gehören diejenigen Kranken, die ihre Kleider, die Betten, kurz Alles, was sich in ihrer Nähe Reissbares findet, zerreissen.

Die nächsten Beweggründe für diese krankhaften Handlungen sind sehr verschiedene. Bald sind es Sinnestäuschungen; die Kranken sehen Flammen aus ihren Kleidern hervorlodern und entledigen sich mit Gewalt derselben, sie hören Stimmen aus dem Sopha, der Matratze, die sie beleidigen und erregen, oder ein aus den Kleidern hervordringender „aashafter“ Geruch oder ein Prickeln, ein Stechen derselben auf den Körper veranlasst sie, sich auszukleiden und die Kleider zu vernichten. In anderen Fällen sind es melancholische Wahnvorstellungen: die Kleider sind zu gut für sie, nackt müssen sie auf das Schaffot, auf die Strasse, um ihre Schuld zu büssen; in anderen Fällen expansive Vorstellungen: „die Kleider sind zu schlecht; für ihre Stellung, ihrem Reichthum geziemen bessere“, die zu ähnlichen Handlungen führen. Andere Kranke aus der Klasse der „Moral insanity“ vernichten ihre Kleider, ihre Betten, um ihre Angehörigen oder die Anstalt zu schädigen; solche Patienten treffen unter Umständen eine sorgfältige Auswahl zwischen ihren eigenen und den der Anstalt gehörigen Sachen, zerstören letztere und conserviren erstere, und umgekehrt. Endlich giebt

AUg

1.

3.

4.

5.

6.

7.

Al

es noch eine Reihe von Geisteskranken, die ohne nachweisbare Sinnestäuschungen und ohne dass sich Wahnvorstellungen, die zu jenem „Reissen" einen Grund abgeben könnten, in blindem Bewegungsdrange Alles vernichten, ihre Kleider, die Betten, die Decken in die feinsten Fäserchen zerzupfen, nichts auf ihrem Leibe lassen, ohne es zu zerreissen. Weder in diesem Reissstadium, noch später, wenn sie ruhiger werden, oder selbst geheilt werden, wissen sie in der Regel Auskunft zu geben über die Motive zu ihrem Handeln: „sie mussten arbeiten, die Finger liessen ihnen keine Ruhe" u. s. w. Wochen lang, selbst Monate lang setzen diese Kranken ihre destructive Thätigkeit fort. Mit wenigen Ausnahmen, die in die Klasse der Maniaci gehören, sind diese Art von Kranken Paralytiker. Alle Mittel, sie von ihrer Reissthätigkeit abzubringen, erscheinen vergeblich; eine Zeit lang hält sie ab und zu ein ihnen in die Hand gegebenes Laken, das sie in die feinste Charpie zerzupfen, von ihren eigenen Kleidern ab, immer kehren sie wieder jedoch zu diesen zurück. Die sogenannten „unzerreisslichen" Anzüge, die „unzerreisslichen" Steppdecken widerstehen nicht allzulange ihrer Gewalt und bisher wenigstens habe ich noch keinen Stoff gefunden, der für die Dauer ausreichte. Nur mit grossen pecuniären Opfern gelingt es, die Kranken davor zu schützen, dass sie nackt in dem Isolirraum herumwandern.

Die gewöhnlichen Beruhigungsmittel sind wirkungslos.

Unter diesen Umständen schien eine Mittheilung von *Lawson*[1]) höchst willkommen, der gegen dieses Zerreissen mit sehr gutem Erfolge das Hyoscyamin angewendet hatte. Eine Dosis von $^3/_4$ oder 1 Gran des von *Merk* bezogenen amorphen extractförmigen Hyoscyamin sollte die Kranken definitiv oder wenigstens für eine Zeit von ihren zerstörungssüchtigen Trieben befreien.

Ich habe nun in einer Reihe von Fällen das Hyoscyamin gegen dieses Symptom des „Reissens" angewendet und erlaube mir in Kürze das Resultat meiner Beobachtungen mitzutheilen.

Was das Präparat selbst anbetrifft, so habe ich das kry-

---

[1]) West Riding lunatic Asylum med. Rep. Vol. VI. p. 65. *Virchow-Hirsch* Jahresb. 1877, II., p. 68.

stallisirte Hyoscyamin[1]) von *Merk* beziehen lassen. Dasselbe ist im Wasser leicht löslich und wurde subcutan angewendet (0,05 auf 5,0 Aq.). Der Preis desselben ist ziemlich hoch; 0,1 Grm. kostete 6 Mk.

Die Dosis, in der dasselbe angewendet wurde, war im Beginn 0,002, steigend; die höchste Dosis war 0,01 3mal täglich. Die Wirkung des Präparats ist eine ungemein prompte, meist schon bei 0,002 Grm. zu erkennen; immer aber sehr deutlich bei 0,003. In die Augen fallend sind zwei Reihen von Symptomen:

1. Die Erweiterung der Pupillen. Die Wirkung des Hyoscyamins als Mydriaticum ist bekannt, *Harnack* brauchte von dem krystallisirten Hyoscyamin zur Erweiterung der Kaninchenpupillen $^1/_{250}$ Mgrm., *Schroff*[2]) hält die mydriatische Wirkung des Hyoscyamin für stärker, als die des Atropins.

Pearse[3]) fand den Eintritt der Mydriasis nicht so rasch, wie bei Atropin, wenn er Hyoscyamin auf die Conjunctiva applicirte, aber ebenso intensiv und von gleicher Dauer (2 bis 21 Tag) und in der Hälfte der Fälle mit Nebelsehen verbunden. *Frommüller*[4]) stellt es als örtliches Mydriaticum in eine Reihe mit dem Atropin. sulfur.

Auch ich beobachtete bei jenen kleinen injicirten Dosen die prompte Wirkung auf die Pupillen, und zwar sah ich bei ungleich weiten Pupillen beide sich in demselben Maasse erweitern; stecknadelkopfgrosse Pupillen waren in den Fällen meiner Beobachtung nicht vorhanden. Der Eintritt der Erweiterung geschah nach etwa 10 Minuten.

2. Die Beschleunigung des Pulses: eine Eigenschaft, die das Hyoscyamin, wie jene mydriatische, mit dem Atropin theilt, und die auch *Pearse* erwähnt, wenn er sie auch dem Hyoscyamin nicht in dem Grade zutheilt, wie dem Atropin. Die Wirkung bleibt an Thieren mit durchschnittenen Vagis aus, be-

---

[1]) cf. die Eigenschaften der *Merk*'schen Hyoscyaminpräparate bei *Harnack*, Arch. f. exp. Path. u. Pharmakol. VIII. p. 168, 1878.

[2]) Wochenschr. der Wiener Aerzte 1868. No. I. u. II.

[3]) Lancet, Sept. 2. 1876, p. 319.

[4]) Memorabilien 1876, 5, p. 209.

ruht demnach auf einer Beseitigung der Hemmungswirkung der Vagi [1]).

Mit der Beschleunigung des Pulses geht eine arterielle Drucksteigerung parallel, die sich auch an den sphygmographischen Curven darstellt.

Die Respiration zeigte, so weit sie sich an dem von mir beobachteten Patienten beurtheilen liess, eine mässige Steigerung der Frequenz.

Grössere Dosen riefen eine gewisse Unsicherheit des Ganges, eine Art „Taumeln“ hervor, das dem im Alkoholrausch sehr ähnlich, aber ohne stärkere Benommenheit einherging.

Anderweitige deutliche körperliche Erscheinungen konnte ich nicht constatiren; ob Kratzen im Halse, ob eine gesteigerte Diurese u. s. w. vorhanden, war nicht festzustellen, weil der psychische Zustand der behandelten Patienten derartige Untersuchungen unmöglich macht.

Um den Gang der angedeuteten Erscheinungen klar zu stellen, lasse ich hier eine Beobachtung folgen.

V., 38 Jahre alt, Dementia paralytica.

15. Dec. 1877. P. 80. Resp. 20. Pupillen mittelweit, rechte weiter.

12 Uhr 34 M.	0,003 Hyoscyamin subc. injicirt.		Taf. 3. Curve 1.	Rechte Radialis.
„ „ 39 „	P. 80. Resp. 20.		„ 2.	„ „
„ „ 48 „	„ 84. „ „		„ 3.	„ „
„ „ 52 „	„ 90. „ 24.	P. beide deutlich weiter.	„ 4.	„ „
„ „ 56 „	„ 102. „ „	„ „ „ „	„ 5.	„ „
1 „ 5 „	„ 88. „ 22.	„ „ „ „		

Die Veränderung der sphygmographischen Curven zeigt sich auch an den beifolgenden Carotiscurven eines anderen Patienten.

Vor. Hyoscyamin: T. P. 56. 20. 6. 78.

R. Carotis. Taf. 3. Curve 6.

0,003 Hyoscyamin.

Nach 21 Minuten.

Puls 68. Curve 7.

Was nun den Einfluss des Hyoscyamin auf das psychische Befinden, speciell auf die Sucht zu zerreissen, betrifft, so wird man hier nicht ohne Skepsis verfahren dürfen, da es ja be-

[1]) *v. Bezold* und *Bloebaum*, Untersuchg. aus dem physiol. Laborat. in Würzburg, Leipzig 1867, I. 1.

kannt ist, wie schnell sich derartige Zustände ändern, und wie leicht man dann geneigt sein könnte, eine auch ohne medicamentösen Eingriff erfolgte Aenderung jener zuzuschreiben. So passirte es mir wiederholt, dass für den nächsten Tag eine Hyoscyamininjection für einen zerstörungssüchtigen Kranken bestimmt war, derselbe aber auch ohne diese das Reissen plötzlich liess.

Ich füge hier jetzt einige Beispiele bei, die, wie ich glaube, eine kritische Betrachtung in Bezug auf die Wirkung des Hyoscyamin vertragen können.

L., 39 Jahre alt, seit April 1877 unter den Zeichen geistiger Schwäche mit Grössenideen und Lähmungssymptomen (Sprachstörung, Schwäche der Beine u. s. w.) erkrankt, vom 1. Juni bis 11. September in der Anstalt behandelt, dann in einem Remissionsstadium entlassen, am 15. Februar 1878 wieder aufgenommen.

26. Februar. Fängt an, seine Kleider zu zerreissen, schlägt andere Kranke, muss wiederholt isolirt werden.

In diesem Zustande verharrt er mit wenigen Unterbrechungen bis zum 10. März. Nachdem er jetzt wieder seine Kleider zerrissen, erhält er Morgens und Abends 0,002 Hyoscyamin.

Seitdem zerreisst Patient nichts mehr, verhält sich ruhiger, so dass am 13. März die Injectionen wieder ausgesetzt werden.

Im ruhigem dementen Verhalten verharrt er bis zum 28. October. Er wird erregt, fängt wieder an zu zerreissen. Er erhält vorerst Morph. sulf. 0,02 2 mal täglich per injectionem.

30. October. Patient zerreisst Alles, muss dauernd isolirt werden. Abends 3,5 Grm. Chloral.

Auch an den nächsten beiden Tagen derselbe Zustand trotz Chloral und Morphium.

Er erhält am 2. November Abends 0,002 Hyoscyamin.

3. November. Pat. hat zum ersten Mal in der Nacht nichts zerrissen, sitzt heute angekleidet unter den übrigen Patienten. Früh und Abends 0,003 Hyoscyamin.

6. November. Gegen Abend versucht Pat. wieder zu zerreissen. Nach der Injection bleibt er die Nacht hindurch ruhig, schläft nicht, aber zerreisst auch nichts.

20. November. Mit der Dosis ist allmälig auf 0,006 grm. gestiegen. So lange Pat. unter dem Einfluss des Mittels steht (c. 5—6 Stunden) zerreisst er nichts, fängt dann aber wieder an. Wiederholt wird bemerkt, dass er vor der Injection mit dem Zerreissen angefangen, seine Arbeit aber dann nicht vollendet hat, sobald er die Injection erhalten.

2. December. Derselbe Zustand, Hyoscyamin 0,009. Die Wirkung der Injection hält nur einige Stunden an. Pupillen sind ad maximum erweitert.

15. December. Bei dem körperlichen Zustand des Pat. wurde Bedenken getragen, mit der Dosis zu steigen. Die bisherige übt keine Wirkung mehr. Pat. zerreisst jetzt Alles.

Nach Chloral wieder ruhiger, lässt sich aber im Reissen nicht stören. Der Tod erfolgt am 31. December. Bis 4 Tage vor demselben hat Pat. unaufhörlich zerrissen.

T., 47 Jahre alt, aufgenommen 19. Mai 1878. Dementia paralytica.

2. Juni. Pat. fängt an sich fortwährend auszukleiden, schreit und schlägt gegen die Thüren.

10. Juni. Pat. fängt an zu zerreissen. Morph. 0,03 ohne Wirkung.

11. Juni. Pat. hat in der Nacht Hemd und Betten in kleine Fetzen zerrissen. Morph. 0,04, in den nächsten Tagen steigend bis auf 0,05, zerreisst unaufhörlich. Dieser Zustand hält an ohne jede Veränderung bis zum 22. Juni. Hyoscyamin in Dosen von 0,002 bis 0,004 blieben ohne Wirkung, auch die Pulsbeschleunigung und die Pupillenerweiterung war nur in unbedeutendem Maasse zu bemerken.

23. Juni. Hyoscyamin 0,007. Wirkung tritt binnen 10 Minuten ein, Puls von 56 auf 88, Pupillen erweitern sich, Patient zerreisst nichts mehr; verhält sich ruhiger, ist den Tag über angekleidet, legt sich auf das Sopha. Dieser Zustand hält bis zum 26. Juni an. Die Injectionen werden ausgesetzt.

27. Juni. Pat. ist wieder erregt, schlägt andere Kranke, zerreisst sein Oberhemd. Morph. 0,03 ohne Wirkung. Bei gleicher Behandlung derselbe Zustand bis zum 1. Juli. Injection von Hyoscyamin 0,008 beruhigt Pat. für den ganzen Tag.

Die regelmässigen Injectionen von Hyoscyamin 0,01 Morgens und Mittags bewirken, dass Pat. angekleidet unter den übrigen Patienten sitzen kann. Etwa 3—4 Stunden nach der Injection, die anhaltende Pupillenerweiterung und mässige Pulsbeschleunigung zur Folge hat, beginnt eine allgemeine Unruhe. Pat. fängt an, seine Nachbarn zu stossen, sucht sich der Kleider zu entledigen und fängt an, daran zu zupfen. Nach einer neuen Injection tritt sofort wieder ruhiges Verhalten ein.

24. bis 29. Juli Hyoscyamin ausgesetzt. Sofort wieder wachsende Unruhe, zerreisst alle Kleider, Betten, zerstört im Zimmer was sich findet. Morphium, Chloral ohne Erfolg.

30. Juli. Die wieder beginnende Hyoscyamin-Behandlung ruft wieder Besserung und Ruhe hervor. Er behält am Tage wieder seine Kleider an; schläft in der Nacht zwar nicht, zerreisst aber nichts mehr.

Dieser Zustand dauerte bis zum 14. August an. Das Hyoscyamin wird ausgesetzt.

Am 15. August früh erscheint er ganz ruhig, geniesst sein Frühstück, kann sich aber auf dem Sopha nicht mehr aufrecht erhalten, wird zu Bett gebracht. Bewusstlosigkeit. Sopor. P. 48. Gegen 2 Uhr Mittag Excitus lethalis.

Ich unterlasse es, eine Anzahl Fälle hier aufzuführen, in denen die Hyoscyamininjectionen nur vorübergehend und vereinzelt gemacht wurden. Die nach denselben eingetretene Beruhigung, die wir fast in allen Fällen constatiren konnten, würde mit Sicherheit nicht den Einwand zurückweisen lassen, dass jene Beruhigung nicht auch ohne therapeutisches Eingreifen eingetreten wäre, die angeführten Fälle scheinen gegen diesen Einwand durch die längere Beobachtung, das wiederholte Aussetzen des Mittels u. s. w. gesicherter.

Wie die Wirkungsweise des Hyoscyamin physiologisch zu erklären, darüber enthalte ich mich weiterer Ausführungen: sicher bewirkt es eine Lähmung des Oculomotorius (Pupillenerweiterung), eine Parese des Vagus (Pulsbeschleunigung) und auch eine gewisse Schwäche der Bewegungen (taumelnder Gang). Es liegt nahe, dass ein allgemein die motorischen Centra lähmend beeinflussendes Mittel auch die Bewegungen, die zum Zerreissen u. s. w. nothwendig sind, in ihrer Kraft herabsetzen muss, ohne dass man etwa die Lähmung eines „Reisscentrums" zu supponiren brauchte.

Meiner kurzen Mittheilung liegt vor Allem der Wunsch zu Grunde, die Herren Collegen zu weiteren Versuchen mit diesem Mittel aufzufordern; es dürften sich auch dann voraussichtlich die Indicationen für die Anwendung desselben genauer feststellen lassen, als es mir bei beschränktem Beobachtungsmaterial im Augenblick möglich ist.

Casuistik.

Simulation oder Geisteskrankheit?

Aerztliches Gutachten über den Geisteszustand des Tagearbeiters und Zuchthaussträflings Franz Voelkel aus Grafenort.

Geschichtliches. — Franz Voelkel, Tagearbeiter und Zuchthaussträfling aus Grafenort, Kreis Habelschwerdt, katholisch, unverheirathet, 55 Jahre alt, stammt aus einer Familie, in der Nerven- und Geisteskrankheiten bisher nicht, wohl aber vielfache Verbrechen vorgekommen sind, in sofern abgesehen von dem Exploraten 2 Brüder und 2 Schwestern mit Zuchthausstrafe belegt gewesen, erstere beide auch im Zuchthause gestorben sind. Sein Vater, welcher in G. Schäfer war und zuletzt seinen Lebensunterhalt sich durch Fischerei erwarb, ist bereits seit 22, die Mutter seit 24 Jahren todt. Von Geschwistern sind noch 2 Brüder und 2 Schwestern am Leben, von denen der eine Bruder (Carl) Fischer und Gemeindehausbewohner in G., der andere Gärtnerstellenbesitzer, die eine Schwester (Therese) ledige Gemeindehausbewohnerin in G., Mutter von 2 unehelichen Kindern, die andere Schwester an ihren Cousin, einen Tagearbeiter verheirathet ist.

F. V. hat in G. die Schule besucht, nothdürftig lesen, schreiben und rechnen gelernt, darauf als Ochsenjunge, Pferde- und Schafknecht an verschiedenen Orten gedient, später dem Vater bei der Fischerei geholfen und nebenbei noch das Schuhmacherhandwerk betrieben, ohne letzteres jedoch ordentlich erlernt zu haben. Soldat ist er nicht gewesen, da er wegen körperlicher Mängel für unbrauchbar zum Militairdienste befunden wurde. Wiederholt ist er mit dem Strafgesetz in Conflict gerathen und bestraft worden:

1) am 15. Juni 1843 wegen wiederholten gewaltsamen Diebstahls mit dem Verlust der National-Cokarde, 20 Peitschenhieben, 15 monatlicher Zuchthausstrafe und demnächstiger Detention bis zum Nachweise des ehrlichen Erwerbes;

2) am 23. Febr. 1852 wegen thätlicher Widersetzlichkeit gegen einen Forstbeamten und Misshandlung eines in Amtsausübung befindlichen Beamten mit $5^1/_2$ Monat Gefängniss;

3) am 15. Decbr. 1854 wegen einfachen Diebstahls mit 6 Wochen Gefängniss, Untersagung der bürgerlichen Ehrenrechte auf ein Jahr und Stellung unter Polizei-Aufsicht auf ebenso lange;

4) am 6. August 1855 wegen Ueberschreitung der durch die Polizei-Aufsicht auferlegten Beschränkung mit einer Woche Gefängniss;

5) am 5. Mai 1856 wegen einfachen Diebstahls im ersten Rückfalle mit 3 Wochen Gefängniss, Untersagung der Ausübung der bürgerlichen Ehrenrechte auf ein Jahr und Stellung unter Polizei-Aufsicht auf ebenso lange;

6) am 26. August 1856 wegen Nichtbeschaffung eines Unterkommens nach Verlust des bisherigen mit einer Woche Gefängniss.

Bald darauf wiederum gefänglich eingezogen, ist er am 23. Oct. 1857 durch Urtel des Schwurgerichts zu Glatz, bestätigt durch das Urtel des Königl. Obertribunals zu Berlin vom 12. Febr. 1858, wegen drei schwerer Diebstähle im wiederholten Rückfalle — es handelte sich in allen drei Fällen um in Gemeinschaft mit einem Anderen ausgeführte Diebstähle, in zwei Fällen um gewaltsame Einbrüche in die Kirche zu G. und Aneignung von zum Gottesdienste gebräuchlichen Gegenständen, in dem dritten um nächtlichen Einbruch bei zwei Frauenzimmern und Fortnahme von Geld und Nahrungsmitteln — zu 10 Jahren Zuchthaus und 10 Jahren Polizei-Aufsicht verurtheilt worden.

Zur Verbüssung dieser Strafe, welche am 17. Febr. 1858 ihren Anfang nahm und am 17. Febr. 1868 ihr Ende erreicht hätte, wurde er am 6. März 1858 der Königl. Strafanstalt zu Striegau überliefert.

Ueber seine Körperbeschaffenheit ist damals notirt worden, dass er früher den rechten Speichen- und Schienbeinknochen gebrochen gehabt hätte, davon aber geheilt worden; dass er von schwammiger Constitution und nur zu leichten Arbeiten tauglich sei, so wie dass er an Husten und Heiserkeit leide und deswegen vom Bürstenbinden, womit er anfänglich in Striegau beschäftigt wurde, zu dispensiren sei.

In geistiger Hinsicht machte sich schon in den ersten Jahren seines dortigen Aufenthalts Niedergeschlagenheit und Trübsinn, sowie grosse Geschwätzigkeit und sehr veränderliche Stimmung an ihm bemerkbar. Doch war er im Ganzen folgsam und verrichtete die ihm aufgetragenen Arbeiten — Weben und Cigarrenmachen — im Allgemeinen zur Zufriedenheit, wenn er auch einige Mal wegen Trägheit leichte Strafen erleiden musste. Allmälig aber — es scheint dieses etwa seit Mitte 1860 der Fall gewesen zu sein, da in einer in den Acten der Königl. Strafanstalt zu Striegau vorhandenen Notiz vom 25. Nov. 1860 von schon seit längerer Zeit bei Voelkel vorherrschenden Hallucinationen die Rede ist - traten immer mehr Sonderbarkeiten an ihm hervor. Er behauptete Geister-Erscheinungen zu haben und Stimmen zu hören, welche ihm allerhand Befehle ertheilten, setzte dieserhalb Tage lang die Arbeit aus, verweigerte zeitweilig die Annahme der Nahrung, behauptete alle Dinge zu verstehen und insbesondere in die grössesten religiösen Geheimnisse eingeweiht zu sein u. dergl., so dass end-

lich die genaue ärztliche Untersuchung und Begutachtung seines Geisteszustandes durch den dortigen Strafanstalts-Arzt, Kreisphysikus Dr. *Golz*, angeordnet wurde. Letzterer kam diesem Auftrage am 6. Januar 1863 nach und erklärte am Schlusse seines gutachtlichen Berichtes, dass V., obwohl man bei Verbrechern mit der Annahme von Geisteskrankheiten sehr vorsichtig sein müsse, auf Grund der bei ihm vorhandenen Erscheinungen unzweifelhaft für geisteskrank zu erachten sei.

Es wurde nunmehr das gerichtliche Blödsinnigkeitsverfahren gegen ihn eingeleitet und Voelkel nach Maassgabe des übereinstimmenden Urtheils beider Sachverständigen, Dr. *Golz* und Dr. *Rau*, am 6. Mai 1863 im Sinne des Gesetzes für blödsinnig erklärt und in weiterer Folge davon auf Grund der Verfügung des Justiz-Ministers vom 27. Juni, worin seine sofortige Entlassung vorbehaltlich seiner Wiedereinziehung im Genesungsfalle befohlen war, am 6. August 1863 in seine Heimath entlassen.

Ueber sein geistiges und körperliches Verhalten zur Zeit des Explorationstermins am 30. März 1863, spricht sich das Gutachten der Sachverständigen wesentlich folgendermaassen aus:

Voelkel ist von kleiner Statur, schwächlichem Körperbau, von schlechter Ernährung, sanguinischem Temperamente, sonst gesund bis auf leichtere Verdauungsbeschwerden.

An seiner Schädelbildung ist keine Abnormität wahrzunehmen. Seine Physiognomie hat einen sehr wechselnden Ausdruck und springt von der grössten Niedergeschlagenheit leicht in freudige Erregung über. Die Körperhaltung ist im Allgemeinen schlaff, doch richtet er sich in der Unterredung, wenn er lebhaft wird, auf, und es macht sich noch eine gewisse Spannung an ihm bemerkbar.

Was seinen geistigen Zustand anlangt, so arbeitet Voelkel meistens die ihm aufgetragenen Arbeiten und fügt sich auch meistens der Hausordnung. Ueber gewöhnliche Gegenstände befragt, antwortet er ziemlich vernünftig, und zeigt auch, dass sein Gedächtniss noch nicht zu sehr geschwächt ist. Sobald man jedoch das Gespräch auf religiöse Dinge oder auf seinen inneren Zustand, seine Strafen bringt, so bemächtigt er sich alsbald des Gesprächs und lässt sich in unaufhaltsamem Zuge fortreissen, spricht minutenlang den wunderbarsten Gallimathias von Gott, Religion, Natur, Magnetismus, Elektricität etc. Alle seine körperlichen Empfindungen erklärt er sich durch derartige Eindrücke hervorgebracht. Obgleich seine Vorstellungen sich überwiegend in religiösen Dingen bewegen, so denkt er dennoch ebenso über andere Dinge des Lebens verwirrt und lässt sich durch seine Hallucinationen des Gehörs und Gesichts zu den wunderlichsten Erklärungen verleiten. Aus seinen Auslassungen im Termine, welche in dem Protocolle nur dürftig wiedergegeben werden konnten, und aus den früheren Beobachtungen geht zur Genüge hervor, dass Voelkel geisteskrank ist und an jener Form von Geisteskrankheit leidet, welche wissenschaftlich als Verrücktheit bezeichnet wird. — — —

Seit seiner Freilassung hat Voelkel bis zu seiner Ueberführung in die hiesige Irrenanstalt sich andauernd in Grafenort aufgehalten. Er hatte dort ebenso wie sein verheiratheter Bruder Carl im Gemeindehause Wohnung erhalten und führte daselbst mit seiner unverehelichten Schwester Therese einen gemeinschaftlichen Haushalt. Die Mittel zu seiner und seiner Schwester Subsistenz suchte er auf mannigfache Weise durch Schuhflicken, Besenbinden, Fischerei, Feldarbeiten, Cigarrenmachen, Aufziehen von jungen Gänsen, zu gewinnen und soll sowohl hierbei als auch nach anderen Richtungen hin vielfältige Verletzungen der Strafgesetze begangen haben, ohne dass doch gegen ihn, den Interdicirten, deswegen gerichtlich vorgegangen werden konnte. So soll er vornehmlich nach der unterm 7. Juni 1875 dem Amtsvorsteher zu Grafenort gemachten Anzeige seines Bruders Carl die Ruthen zu den von ihm verfertigten Besen, das Futter für die von ihm aufgezogenen Gänse, das nöthige Brennmaterial durch kleinere und grössere Diebereien und die von ihm feilgebotenen Fische durch nächtliche, mit grosser Schlauheit ausgeführte Raubfischerei sich verschafft haben; auch soll er Anleihen gemacht, nicht selten schlechtes, vagabundirendes Gesindel die Nacht über in seiner Wohnung beherbergt haben, und es liegt auch der dringende Verdacht gegen ihn vor, mit seiner Schwester Therese in verbrecherischem, geschlechtlichem Umgange gestanden zu haben und Vater eines ihrer beiden unehelichen Kinder zu sein.

Ueber sein geistiges Verhalten seit der Entlassung wurden übrigens der Königl. Strafanstalt auf Erfordern jährliche gutachtliche Berichte und zwar in der Zeit von 1864—1870 durch Herrn Kreisphysikus Dr. *Kuschel*, in den vier folgenden Jahren durch die Polizei-Verwaltung zu Habelschwerdt, endlich durch den Gemeinde- und Amtsvorstand zu Grafenort erstattet.

In dem ersten physikalischen Berichte vom 29. Febr. 1864 heisst es: Voelkel leide an fixen, meist das religiöse Gebiet berührenden Wahnideen, die ihn der Freiheit der Selbstbestimmung berauben und über die gewöhnlichsten Lebensverhältnisse nicht klar werden lassen. — Er stehle die Ruthen zum Besenbinden, ohne des Unrechts sich bewusst zu sein. Fleischspeisen weise er zurück. Sein Schlaf sei unruhig und durch lebhafte Träume gestört. Die Aussichten auf Besserung seines Zustandes seien äusserst gering, auf seine Genesung aber dürfte wohl niemals zu rechnen sein.

In den folgenden Gutachten werden immer wieder die fixen Ideen und der Mangel an Selbstbestimmungsfähigkeit betont, in dem vom 25. März 1869 heisst es: Ueber gewöhnliche Lebensverhältnisse urtheilt er meist richtig, seine Anschauungen über Recht und Unrecht, über Religion und metaphysische Begriffe seien dagegen gestört.

Nach dem Berichte der Polizeiverwaltung vom 21. Sept. 1870 hätte Voelkel nach seiner Entlassung aus der Strafanstalt den Eindruck eines religiösen Schwärmers gemacht, die Schwärmerei sich aber nur in Worten und nicht in Handlungen kund gegeben. Er erscheine sonst wohl überlegt

und nicht im Verstande gestört, nähere sich in seiner Anschauungs- und Handlungsweise derjenigen von Menschen mit gesundem Verstande, zeige sogar Raffinement, und es sei möglich, dass er nur simulire, um sein ungebundenes Leben weiter führen zu können. — In den folgenden Berichten wird eine fortschreitende Besserung seines Zustandes gemeldet, insofern die religiöse Exaltation seltener, erst im Laufe längerer, seine persönlichen Interessen berührender Unterredungen hervortrete, im Grossen und Ganzen kommen jedoch diese Berichte ebenso wie die zuletzt seitens des Gemeinde- und Amtsvorstandes erstatteten schliesslich darauf hinaus, dass Voelkel zum Theil und zeitweise durchaus verständig, ja weltklug,. zum Theil und zu anderen Zeiten dagegen wie geistesgestört erscheine, und dass es den etc. Behörden nicht möglich sei, zu entscheiden, ob es sich hier nur um Simulation oder um wirkliche Geisteskrankheit handele. Lautet in dieser Weise doch auch noch die letzte, unterm 12. Sept. 1876 von dem Gemeinde-Vorstande abgegebene gutachtliche Aeusserung, während sein Bruder Carl doch schon im Juni 1875 in der erwähnten Anzeige dem Amtsvorstande gegenüber vornehmlich unter Hinweis auf das ungebundene Leben, welches er von Anfang an geführt und auf die vielen und mit der grössten Schlauheit ausgeführten Diebereien die bestimmte Ueberzeugung ausgesprochen hatte, dass derselbe lediglich zur Fortsetzung seines unredlichen Lebenswandels Geisteskrankheit simulire, und dass daher die nochmalige Feststellung seines Geisteszustandes nothwendig sei.

Das Kreisgericht zu Habelschwerdt, davon in Kenntniss gesetzt, erliess in Folge dessen eine entprechende Aufforderung an den Physikus Herrn Dr. *Kuschel,* und beantragte weiterhin, als letzterer in seinem Berichte vom 5. August 1875 mit Rücksicht auf die besonderen Schwierigkeiten des Falles die Abgabe eines endgültigen Urtheils über seinen Geisteszustand ablehnte, zugleich im Sinne seines Vorschlages die Unterbringung des Exploranden zur Erledigung der gestellten Aufgabe in eine Irrenanstalt. Es kam dieserhalb zu mancherlei Correspondenzen und Weiterungen, welche endlich in der am 23. Januar 1877 stattgehabten Ueberführung des Exploranden in die hiesige Anstalt ihren vorläufigen Abschluss fanden. —

II. Verhalten des etc. Voelkel in der hiesigen Irrenanstalt. — Hier in der Anstalt zeigte Voelkel in der ersten Zeit ein niedergedrücktes und scheues Wesen. Er hatte ein ernstes und trübsinniges Aussehen, wollte keinen Grund auffinden können, weshalb man ihn so plötzlich aus seiner Heimath fortgeschafft und hierher gebracht, behauptete, seines Wissens ganz gesund zu sein, und beantwortete die an ihn gerichteten, vornehmlich seine Familien-, Lebens- und Gesundheitsverhältnisse betreffenden Fragen, wenn auch oft erst nach mancherlei Abschweifungen, mehr oder minder zögernd, unbestimmt und misstrauisch, so doch im Ganzen zutreffend und nicht gerade unsinnig. Mit seiner Umgebung verkehrte er wenig, hielt sich meist still für sich, und betete häufig. Uebrigens fügte er sich ohne Widerstreben in die Hausordnung, war bescheiden und devot, und in seinem Aeusseren reinlich und ordentlich. Seine Gesichtsfarbe war etwas bl-

seine Ernährung etwas herabgekommen, sein subjectives Befinden jedoch angeblich gut, und auffällige körperliche Störungen nicht wahrnehmbar. — Bald fing er an, seinen Wärtern bei deren Arbeiten, beim Reinigen der Zimmer und Corridore, beim Putzen der Fenster, beim Bettemachen etc. hilfreiche Hand zu leisten, und benahm sich dabei so verständig, dass schon Anfangs Febr. 1877 der Versuch gemacht wurde, ihn auch bei den Arbeiten ausserhalb der Krankenabtheilungen zu verwenden. So wurde er nach und nach beim Scheuern der Treppenhäuser, beim Reinigen der Souterrains, beim Auslesen des Gemüses, beim Holzsägen, bei Garten- und Maurerarbeiten beschäftigt, und erwies sich auch hierbei so willig, fleissig und brauchbar, dass er sich bei diesen Beschäftigungen fortan fast ohne Unterbrechung betheiligen konnte, und zu den besten Arbeitern gehörte. Während dessen schien sein Misstrauen mehr und mehr abzunehmen und grösserer Zufriedenheit Platz zu machen, eine gewisse Reserve behielt er jedoch trotz seiner später häufig sehr geschwätzigen Mittheilungen auch für die Folge immer bei. Am 12. Febr. liess er Frühstück und Mittag, am 22. Febr. und am 4. März das Frühstück, am 9. März das Mittag, am 11. das Frühstück, am 18. das Mittagsfleisch, am 22. das Mittag, am 25. März sämmtliche Mahlzeiten unberührt, verzehrte öfters Tage lang, so insbesondere in der zweiten Hälfte des Februar, in welcher Zeit sein Aussehen wieder blasser und schlaffer wurde, nur einen Theil der ihm verabreichten Portionen und erst seit dem 26. März, mit welchem Tage die Fastenzeit für ihn sollte geendigt haben, sprach er regelmässiger und reichlicher den Mahlzeiten zu, und hat seitdem, abgesehen davon, dass er immer nur wenig Fleisch genoss und Sonntags nahezu regelmässig nicht frühstückte, nur noch vereinzelt ganze Mahlzeiten ausfallen lassen. Ueber den Grund dieser Enthaltsamkeit befragt, gab er die ersten Male nur ausweichende, negative Antworten. Er lächelte halb verschmitzt, halb verlegen, lehnte das Vorhandensein etwaigen Unwohlseins ab, meinte, dass wir Aerzte darüber wohl bessere Auskunft zu ertheilen verständen als er, und machte nur dunkele Andeutungen von göttlichen Geboten und Vorgängen in der Natur, die ja ein Jeder sorgfältig beobachten und befolgen müsse. Später, als er hier heimischer geworden war, erging er sich dagegen nicht nur über dieses, aus neuem Anlass wieder aufgenommene Thema, sondern überhaupt, sobald nur eine längere Unterredung mit ihm geführt wurde, alsbald in meist weitschweifigen, aber immer mehr und so confus werdenden Erklärungen und Auslassungen, dass es trotz angespannter Aufmerksamkeit und öfters eingestreuter, auf den eingeschlagenen, aber alle Augenblicke verlassenen Gedankengang zurückweisender Fragen nicht möglich war, in diesem Gewirre von Vorstellungen und mehr oder minder abgerissenen Gedanken eine innere Nothwendigkeit, einen logischen Zusammenhang aufzufinden, in ihnen einen überall verständlichen Sinn zu entdecken, sie vollständig im Gedächtniss festzuhalten. In chaotischem Durcheinander und kaleidoskopischem Wechsel kamen da unter oft ganz beziehungsloser Einstreuung von Biebelsprüchen, Liederversen und vielfachen

Versicherungen, dass er nur die Wahrheit spreche und dass seine Aussprüche von allen Gläubigen und allen, die sich mit den Wissenschaften und der Natur befassten, anerkannt werden müssten, allerhand triviale, sinnlose und wahnwitzige Bemerkungen zum Vorschein über Sonne, Mond und Sterne, über Bäume und Sträucher, über Menschen und Thiere, so viel es deren gäbe in der Welt und welche alle ihre Bedeutung und Bestimmung hätten, über Leib und Seele, die immer uneins wären mit einander wie Feuer und Wasser, Luft und Erde, Menschen und Thiere, Aeusserungen, dass die Menschen, hohe und niedrige, reiche und arme, doch alle Brüder seien vor dem Höchsten, dass sie nur danach zu trachten hätten, wie sie die Gebote befolgten, welche die Geistlichen lehrten den Frommen, und die verschiedenen Wissenschaften, da es ja auch Gifte gäbe, welche man benutzen könnte als Heilmittel, dass es überall Gute gäbe und Böse, wie z. B. die Müller, die Brauer und Brenner und Destillateure, welche doch nur die Leute um ihr Eigenthum und ihre Gesundheit brächten, dass es den Einen gut, den Anderen schlecht ergehe — auch ohne ihr Verschulden, wie dem Joseph, den seine Brüder unschuldig verkauften nach Aegypten und Christus, der selbst den Tod erleiden musste; dass er unter einem bösen Zeichen geboren worden, von Anfang an und bis zuletzt so viele Leiden und schwere Kämpfe habe durchmachen müssen, immer aber festgehalten habe an Gebet und Gebot, darum auch so viel durcharbeitet im Geist und im Leibe, und durch die Gnade und, weil er auf alle Vorgänge in der Natur stets sorgfältig geachtet, Alles erfahren habe, sodass es keine Wissenschaft, keine Wahrheit und keine Sprache gäbe, die er nicht schon einmal vernommen hätte und so fort. Eine befriedigende Erklärung über irgend eine seiner Behauptungen, über die Art der Bedeutung und Bestimmung, welche die Gestirne, die Thiere und Pflanzen hätten, über die Art des Widerstreits zwischen Leib und Seele und dergleichen war abgesehen von einzelnen zutreffenden Antworten nicht zu erlangen, meist wurden, wenn die Antwort auf die Frage überhaupt Bezug nahm, nur einige allgemein bekannte Thatsachen angeführt und diese dann zum Ausgangspunkte eines wieder mehr oder minder trivialen und sinnlosen Geschwätzes benutzt. So äusserte er beispielsweise einmal bezüglich der erwähnten Fragen etwa: „Ja, sehen Sie Herr Doctor, — ach das wissen Sie ja so gut — von Sonne und Mond und den Gestirnen kommt ja Licht und Wärme und so viele Kräfte, als es giebt in der Natur, die Wolken und Blitz und Donner, Sturm und Regen. Ohne Wärme kann nicht der Fisch bestehen im Wasser, der Wurm in der Erde, der Vogel in der Luft, und wenn der Mensch einen Baum pflanzen will, so muss er auf Alles das Bedacht haben, und wenn die Gewitter über das Land fahren, so brechen oft die stärksten Bäume und sie erregen die Wasser, und es geschieht Schiffbruch und viele verlieren Leben und Eigenthum.“ Und nun recitirte er ein paar auf die Gestirne bezügliche, verstümmelte Verse und fügte hinzu, dass er schon oft den Umschlag der Witterung vorhergewusst, ohne sich jedoch näher darüber auszulassen. —

Und über die Uneinigkeit von Leib und Seele: der Leib sei ja Fleisch und das Fleisch die Sünde, und wer sich dem Teufel ergebe und die Gebote nicht halte, der ergebe sich dem Tode, und wenn er auch die reichsten Schätze gewinne, so fehle doch der Segen, aber auch in dem Todten sei Leben, wie schon die Träume zeigten, in denen man doch so vieles erführe über die Welt und die Zukunft, obwohl man doch schliefe etc.

Gelegentlich über die Geister-Erscheinungen in Striegau befragt, äusserte er einmal anfänglich mit grosser Lebhaftigkeit und Wichtigkeit: „Ach so viel Geister fortwährend und auch hier schon, dass man garnicht davon reden mag“ und fuhr dann mehr zögernd fort: Ja, so viele Geister, mit denen man sich besprechen kann und die anzusehen sind, wie andere Menschen, wie ja auch Christus schon gesagt hat: Welche Seele mich lieb hat, die soll mich anrufen und ich will mich zu erkennen geben. Ach so viele Geister von der ganzen Welt her. — Auf die weiteren Fragen, ob er meine, dass diese Geister in Wirklichkeit existirten und ihn besucht hätten oder noch besuchten, oder dass es nur Traumgebilde, Sinnestäuschungen gewesen seien — ob er sie auch im wachenden Zustande oder nur im Traume gesehen und gesprochen hätte — gab er zunächst nur eine ausweichende Antwort und erst später sprach er sich bestimmter dahin aus, dass sie ihm nur im Traum erschienen seien, und hielt denn auch an dieser Aussage fest. Andererseits aber wollte er diesen Erscheinungen doch eine viel wichtigere, mehr geheimnissvolle Bedeutung als gewöhnlichen Träumen, wenn gleich man auch aus jenen viel für die Zukunft entnehmen könne, beilegen und aus ihnen den grössten Theil seiner Erfahrungen und Kenntnisse gewonnen haben. So hätten ihm beispielsweise diese Geister schon vor Jahren über die Namen Anna, Maria und Theresia die Auskunft ertheilt, dass Anna Preussen, Maria Oestreich und Theresia Frankreich und den Pabst bedeute, welcher in Frankreich wohne, noch erst vor einigen Jahren hätten ihm einige auf die Frage nach seiner Schwester Theresia geantwortet, die werde er finden; auch die Sternenkunde habe er nach und nach in ihrem ganzen Umfange im Traume erlernt, wisse, dass in jedem Jahre ein neuer Komet erscheine, als da seien Mars, Jupiter, Venus und dergleichen. Uebrigens sei er in Striegau auch beim Drucken vieler Bücher behülflich gewesen und habe auch daraus und aus seinen vielen Leiden so viel Gelehrsamkeit erworben, dass er davon sprechen könne ohne Ende. — Seine Umgebung liess er hinsichtlich dieser Ideen unbehelligt, trug sie niemals irgendwie zur Schau, beschränkte sich bei den gewöhnlichen ärztlichen Besuchen meist nur auf kürzere, den Fragen im Ganzen angemessene Antworten, und erst bei Anknüpfung längerer Unterredungen oder auf specielles Befragen kam es zu ihrer Entäusserung. Alsdann wurde er trotz der ihn nie ganz verlassenden misstrauischen Scheu zusehends lebhafter, kramte immer bereitwilliger und mit augenscheinlicher und oft geheimnissvoller Selbstgefälligkeit, während seine Augen mehr Glanz, seine Wangen mehr Farbe erhielten, seine verborgenen Schätze aus und wurde dann fast regelmässig in seinen anfänglich noch

einigermaassen verständlichen Explicationen je länger um so zusammenhangsloser und unklarer, bis er mitunter geradezu in sinnlosem Aneinanderreihen von Worten endete. Unter diesen Umständen konnten auch über seine Familien- und früheren Lebensverhältnisse niemals ganz geordnete und erschöpfende Mittheilungen von ihm erhalten werden, zumal er es vor Allem möglichst zu vermeiden suchte, über ihn irgend gravirende Verhältnisse genauere Auskunft zu ertheilen, und bei solchen Gelegenheiten immer bald auf das Gebiet jener allgemeinen Faseleien abschweifte. Lässt man diese Abschweifungen hier unberücksichtigt, so liesse sich aus den mehrfach mit ihm darüber gehabten Unterredungen etwa folgendes Ergebniss zusammenstellen: Wiederholt sei er von den Gerichten bestraft worden, meist aber habe er wie auch noch wegen der ihm zuletzt zur Last gelegten Diebstähle unschuldig leiden müssen und Andere hätten den Vortheil davon gehabt. Die Gesetze seien ja für die Hohen und Reichen, nicht aber für die Armen gemacht, und wenn Viele Einen verderben wollten, so müsste derselbe endlich zu Grunde gehen. — In Striegau habe der Pfarrer zu ihm gesagt, wenn er nur in seinem Herzen Ruhe habe, so könne ihm Niemand was anhaben, und deshalb sei er ja von dort entlassen worden. An eine bei ihm vorhandene Geisteskrankheit möge man dort auch wohl gedacht haben, aber als man erkannt, dass er nur die Wahrheit und nichts Verkehrtes spräche, davon abgekommen sein, zumal man ihn ja von dort ungehindert in seine Heimath abgesandt hätte. Da ihm der Herr Pfarrer in Striegau weiterhin gesagt, dass ihm noch grosses Glück bevorstände, habe er sich daran gehalten, und in Grafenort nur gesorgt, wie er durch seiner Hände Arbeit für sich und seine Schwester den Lebensunterhalt erwerben konnte. Holz habe er nicht gestohlen, sondern nur abgefallenes Reisig, das sonst im Walde hätte verfaulen müssen, nach Hause gebracht, was ihm der Herr Amtsvorsteher selbst erlaubt. Die freie Wohnung im Gemeindehause und die Erlaubniss zum Fischfange sei schon seinem Vater und dessen ganzer Familie als Entschädigung für die Dienste, welche jener dem Könige in den Freiheitskriegen geleistet, zugestanden worden. Um allen Streitigkeiten aus dem Wege zu gehen, habe er nur in weit entfernten Wassern, in denen es jedem erlaubt gewesen, Fische gefangen und die Abende und Nächte dazu benutzt, weil zu solchen Zeiten die Fische fest sässen und leichter zu fangen wären. Die Herrschaften, denen er sie verkauft, hätten ihn immer freundlich empfangen und aufgefordert, ihnen bald wieder welche zu bringen. Da er die Gebete richtig gehalten, habe er auch meist grossen Segen gehabt bei Allem, was er unternommen. Das aber habe den Bruder Carl und viele Andere verdrossen, deshalb hätten sie ihm fortwährend zu schaden gesucht, viele Lügen gegen ihn vorgebracht und, weil sie ihre Zwecke anders nicht erreichen konnten, ihn für einen Verrückten ausgegeben und nach der Irrenanstalt geschafft. — Mit der hiesigen Pflege und Behandlung erklärte er sich wiederholt vollkommen zufriedengestellt, empfand

aber doch den Mangel der freien Selbstbestimmung, das Verlangen nach freier Arbeit, nach freiem Verdienste und nach dem Zusammenleben mit seiner Schwester Therese, die jetzt mit den Kindern werde darben müssen, und bat daher von Zeit zu Zeit immer wieder in bescheidenen Worten um möglichst baldige Entlassung, zumal man doch je länger um so sicherer würde erkannt haben, dass er Niemanden ein Leid zufüge, seine Arbeiten verrichte wie ein Gesunder und keineswegs, wie seine Widersacher ihn fälschlich angeklagt, geisteskrank sei. Krankheiten seien überhaupt nur wenige, Geisteskrankheiten gar nicht in seiner Familie vorgekommen, und er selbst sei bis auf die bei schweren Arbeiten, insbesondere beim Holzfahren, in der Jugend erlittenen Verletzungen, einmal an der Oberlippe, ein anderes Mal durch Bruch des rechten Unterarmes und endlich durch Bruch des rechten Unterschenkels, nie länger krank gewesen. Kleinere Uebel seien meist auf Gebete oder geeignete Mittel wieder verschwunden. Nur in beiden Schultergelenken habe sich bei ihm schon seit Jahren wohl in Folge von Erkältung oder durch den Einfluss feindlicher Geister ein Leiden festgesetzt, welches ihm oft beim Umschlagen der Witterung und vorzugsweise bei schweren Arbeiten Beschwerde mache und ihn daran hindern, sie länger fortzusetzen.

Hier in der Anstalt sind auffälligere körperliche Störungen abgesehen von einem intercurrenten, innerhalb einiger Tage ohne Anwendung von Arzneien, nach seiner Ansicht lediglich durch „Gebetsanwendung" geheilten Durchfall an ihm nicht hervorgetreten, vielmehr hat sein Aussehen und seine Ernährung sich hier sichtlich gehoben. Durch die körperliche Untersuchung wurde das Bestehen einer chronischen trockenen Gelenksentzündung in beiden Schultergelenken auf Grund der sehr deutlich wahrnehmbaren knarrenden Geräusche in denselben bestätigt. An den früher angeblich gebrochenen Knochen konnte derzeit in Bezug auf Form und Function keine erhebliche Abnormität mehr constatirt werden, und waren solche auch an den übrigen Körpertheilen und Organen nicht nachweisbar. Der Kopf ist frei von Difformitäten, wenig umfänglich, die Stirne insbesondere etwas niedrig und schmal, die Brust ziemlich gut gewölbt, der Leib etwas prominirend. Die Musculatur an Armen und Beinen gut entwickelt, von straffer Faser. Der Kopf wird etwas vorgetragen, die Haltung ist etwas schlaff und gebückt. Der Gesichtsausdruck, für gewöhnlich nicht weiter auffällig, spiegelt während der Unterhaltung häufig eine gespannte Aufmerksamkeit und ein devotes Lächeln wieder, dem zuweilen Züge von Argwohn und Schlauheit beigemischt sind. Alle Bewegungen gehen gemeinhin langsam, aber unbehindert und präcise von Statten.

III. Gutachten. — Es fragt sich nun, ob die an Voelkel beobachteten Abnormitäten nur als Producte der Simulation, oder als solche einer wahrhaftigen Geisteskrankheit, welche freilich ihrerseits noch mit Simulation verbunden sein könnte, aufzufassen sind?

Herr Kreisphysikus Dr. *Golz*, welcher den etc. Voelkel bei Ausstellung

seines gutachtlichen Berichtes im Januar 1863 ungefähr fünf Jahre lang beobachtet hatte, erklärte in diesem Berichte unter ausdrücklichem Hinweise darauf, dass man bei Verbrechern mit Annahme einer Geisteskrankheit wegen der hier stets vorauszusetzenden Möglichkeit der Simulation äusserst vorsichtig sein müsse, doch mit Bestimmtheit, dass bei Voelkel eine wirkliche Geisteskrankheit vorliege, und motivirt dieses Urtheil einige Monate später in dem mit Herrn Dr. *Rau* im Anschluss an den gerichtlichen Explorationstermin abgegebenen Gutachten noch des Weiteren. Herr Kreisphysikus Dr. *Kuschel*, welcher über den darauf in seine Heimath entlassenen Interdicirten in den nächsten sechs Jahren alljährlich einen gutachtlichen Bericht zu erstatten hatte, schliesst sich dem Gutachten dieser Sachverständigen unbedenklich an. Die Polizeiverwaltung und der Gemeindevorstand von Grafenort, denen seitdem, das heisst seit dem Jahre 1870, die Pflicht der alljährlichen Berichterstattung obliegt, äussern zwar Zweifel an dem Fortbestande seiner Krankheit, aber verzichten doch mit Berufung auf ihren laienhaften Standpunkt auf Abgabe eines bestimmten Urtheils. Erst sein eigner Bruder Carl spricht in seiner am 7. Juni 1875 — aus welchem Motive ist nicht zu ersehen — gemachten Anzeige die ganz bestimmte, durch den früheren Curator Joseph Francke unterstützte Ueberzeugung aus, dass der etc. Voelkel nicht bloss nicht m e h r, sondern überhaupt n i e m a l s geisteskrank gewesen, vielmehr schon in Striegau ebenso wie später in Grafenort Geisteskrankheit nur simulirt habe. Diese Ueberzeugung wird hier wie auch schon in den seitens der Polizeiverwaltung und des Gemeindevorstandes vorgebrachten Zweifeln wesentlich auf den bei Voelkel wahrnehmbaren Gegensatz zwischen Zeiten der Besonnenheit und Verwirrtheit, insbesondere aber auf den Widerspruch zwischen seiner angeblichen Geistesverwirrtheit und seiner schlauen, oft raffinirten Handlungsweise begründet, und es wirft sich demnach zunächst die Frage auf, ob solche Gegensätze bei wirklich Geisteskranken nicht vorkommen, ob sie mit der Annahme einer Geisteskrankheit unvereinbar seien? Die wissenschaftliche Erfahrung giebt hierauf die allseitig übereinstimmende Antwort, dass dies keineswegs zutrifft. Denn es giebt in der That Fälle ausgesprochener Geisteskrankheit, in denen Zustände von Besonnenheit bis zum klarstem Selbst- und Krankheitsbewusstsein mit solchen mehr oder minder hochgradiger Verwirrtheit oft Jahre lang, bis zum Tode mit einander abwechseln, viele Geisteskranke, welche ihr Aeusseres sauber und ordentlich zu halten, sich anständig und höflich zu benehmen, eine Menge von Arbeiten selbstständig und zweckentsprechend auszuführen, über viele Dinge sich ganz sachgemäss zu unterhalten vermögen, und erst bei tiefer eindringenden Unterredungen und bei Berührung der wunden Stellen in ihrem Seelenleben allerhand Wahnvorstellungen und verwirrte Reden zu Tage treten lassen, und es wird in jeder Irrenanstalt leider nur zu häufig die Erfahrung gemacht, dass selbst tiefer Geistesgestörte zur Erreichung ihrer Zwecke die schlauesten Mittel auszuwählen und zu diesem Behufe auf das Trefflichste zu simuliren und zu dissimuliren verstehen.

Der Umstand also, dass Voelkel nur zeitweise verwirrte oder wahnsinnige Reden führte, zu anderen Zeiten dagegen ganz verständig, sogar weltklug erschien, mitunter vielleicht absichtliche Lügen vorbrachte, wie z. B., dass der Amtsvorsteher ihm die Erlaubniss zum Holzsammeln und freiem Fischfange ertheilt, sowie dass er bei seinen vielfachen Diebereien grosse Schlauheit und Raffinement entwickelt, alles dies kann mithin noch nicht den Beweis für eine bei ihm anzunehmende geistige Integrität liefern; sind doch diese Gegensätze in seinem psychischen Verhalten auch den Sachverständigen in Striegau und Grafenort keineswegs entgangen! Wir werden demnach noch näher auf die an ihm beobachteten Absonderlichkeiten einzugehen und insbesondere zu prüfen haben, ob dieselben mehr dem Wesen der Simulation, oder dem der Geisteskrankheit, vielleicht sogar den Charakteren einer bestimmten, bekannten Form der Seelenstörungen entsprechen.

Ueber Geisteskranke und Irrenanstalten sind auch heute noch und selbst in gebildeten Kreisen vielfache Irrthümer und Vorurtheile im Schwange. Man hat vor beiden eine unheimliche Scheu, man denkt sich die Irrenhäuser noch zu häufig als strenge Zuchthäuser, bestehend aus einer Menge dunkler Zellen und ausgerüstet mit einer Menge von Zwangsapparaten. Man stellt sich noch zu häufig vor, dass ein Geisteskranker fortwährend toben, wie ein Thier sich geberden, allerhand Narrenspossen treiben und gemeingefährliche Handlungen ausführen müsse, man will in ihnen nicht so sehr unglückliche Kranke, als vielmehr der Schande, dem Spotte und der Einsperrung verfallene Personen erkennen, und daher kommt es wohl, dass reine Simulationen von Geisteskrankheiten überhaupt selten vorkommen, oder doch häufig bald als solche erkannt werden. Während in den meisten Fällen wirklicher Geisteskrankheit aus einer gegebenen psychischen Individualität nur langsam und allmälig die kranke sich entwickelt, und zwischen beiden daher noch lange Zeit zahlreiche Verbindungsfäden und Aehnlichkeiten existiren und aufgefunden werden können, vollzieht sich bei dem Simulanten die Verwandlung seines langjährig herangereiften Ichs in das neue, von dem vorigen oft ganz differirende, nicht selten fast mit dem Augenblicke des gefassten Entschlusses zur Simulation, die unbegreifliche Krankheit ist bei ihm so zu sagen mit einem Schlage da, und in dem Neben- und Nacheinander ihrer Symptome herrscht der bunteste Wechsel, der schreiendste Widerspruch. Der Simulant will die Aufmerksamkeit erregen, kann des Unvernünftigen nicht genug, des Vernünftigen nicht zu wenig thun, hört sich gern verrückt nennen, verwickelt sich fortwährend in Widersprüche und kommt, selbst wenn er auch nur die Copie eines ihm bekannten, geisteskranken Originales zu liefern sucht, lange und sorgsam genug beobachtet, doch endlich zu der Ueberzeugung, dass er eine Rolle übernommen, zu deren Durchführung ihm sowohl das gehörige Verständniss als auch die Kräfte abgehen.

Voelkel hat in den drei Jahren vor seiner letzten Verurtheilung durch das Schwurgericht zu Glatz wiederholt vor Gericht erscheinen müssen, mehr-

malige Gefängnissstrafen erlitten, und nahezu anhaltend unter Polizeiaufsicht gestanden. Absonderlichkeiten sind weder damals noch früher, sondern erst in Striegau an ihm bemerkt worden, und es ist daher anzunehmen, dass sie auch erst dort in die Erscheinung getreten seien. Dort hat man in den ersten zwei Jahren an ihm nur eine gewisse Traurigkeit und Niedergeschlagenheit, grosse Geschwätzigkeit und schnellen Wechsel in seiner Stimmung wahrgenommen, erst im Jahre 1860 machen sich auffällige Erscheinungen, Hallucinationen, zeitweilig geltend, an diese schliessen sich dann nach und nach weitere an, indessen alle diese Erscheinungen spielen sich mehr im Verborgenen ab, können erst bei genauerem Zusehen entdeckt werden, und im Grossen und Ganzen bleibt sein Verhalten ziemlich ebenso wie früher, sodass erst im Januar 1863, also erst nach mehr als zwei Jahren, seitdem die Hallucinationen bemerkt worden, die genauere Prüfung seines Geisteszustandes vorgenommen wurde, und bei dieser Gelegenheit seine Entlassung aus der Anstalt, weil er mehr den Eindruck eines gutmüthigen Schwätzers, den eines mehr harmlosen als gefährlichen Irren gemacht, nicht einmal für nothwendig erachtet werden konnte. — Es braucht nicht weiter erörtert zu werden, dass die Erwägung allein dieser Momente, die Annahme, dass Voelkel schon in Striegau Geisteskrankheit nur simulirt habe, sehr unwahrscheinlich macht. Wie leicht hätte er bei einer so langsamen, so wenig augenfälligen, so harmlosen Simulationsweise auch noch den Rest, die kleinere Hälfte seiner Strafe, dort absitzen können!

Wir werden aber von dieser Annahme vollends Abstand nehmen und lieber dem mit aller Bestimmtheit ausgesprochenen Urtheile des Herrn Kreisphysikus Dr. *Golz* beistimmen, falls sich eine hinreichende Uebereinstimmung zwischen den an Voelkel in Striegau beobachteten auffälligen Erscheinungen mit denen einer wirklichen Geisteskrankheit nachweisen liesse.

Dieser Nachweis kann nun in der That geführt werden und zwar mit derjenigen psychischen Krankheitsform, welche früher als secundäre (partielle) Verrücktheit, nach neueren, mit unseren eigenen Erfahrungen übereinstimmenden Untersuchungen, welche ihre primäre Entstehungsweise ergeben haben, unter dem Namen der primären oder hallucinatorischen Verrücktheit oder des partiellen Wahnsinns beschrieben worden ist.

Als wesentliche Merkmale derselben sind, wiewohl die Acten darüber noch nicht geschlossen, folgende anzuführen: Die Krankheit entwickelt sich gewöhnlich langsam und unmerklich, sodass sie schon lange bestanden haben kann, bis sie die Aufmerksamkeit erregt. Sehr frühzeitig, in vielen Fällen vielleicht als erste Krankheitserscheinung, treten Hallucinationen, vorzugsweise Gehörs- und Gesichtstäuschungen, auf, und an diese schliessen sich nun nach und nach Wahnideen an. Letztere besitzen nach dem meist friedlichen Inhalte der Sinnesdelirien vorwiegend den Charakter der Verfolgtseinsideen, häufig entwickeln sich aus diesen oder aus einem gün-
geren Inhalte der Hallucinationen daneben oder überwiegend Grössen-
und wesentlich danach gestaltet sich auch die Stimmung, so dass l

hier nie einen so prädisponirenden und prädominirenden Einfluss erlangt, wie in den primären Affectsuständen der Melancholie und Manie, meist als eine wechselnde, aber vorwiegend argwöhnisch-reizbare, mitunter gehobene oder indifferente oder zerstreute erscheint. Die durch die Sinnes- und Vorstellungsdelirien gestörte Intelligenz ist vielfach nur gewissermaassen partiell gestört, indem abgesehen von den durch erstere gegebenen falschen Prämissen die logischen Processe ungehindert von Statten gehen, ausserhalb des Kreises der Wahnideen die Auffassung objectiver Verhältnisse und Vorgänge und deren Beurtheilung in normaler Weise sich vollziehen, das Gedächtniss und die Lust und Fähigkeit zur Thätigkeit erhalten bleiben können. Es sind daher gerade Kranke dieser Art dazu fähig, trotz einer ganzen Reihe der absurdesten Wahnvorstellungen, in denen sie befangen sind, im geselligen Verkehr sich wie Gesunde zu benehmen, viele Themata logisch und sachgemäss, gefühlvoll und witzig zu behandeln, viele Arbeiten zweckmässig und accurat auszuführen, weitreichende Pläne zu entwerfen, ihre Zwecke mit List und Raffinement zu verfolgen, ihre krankhaften Handlungen schlau zu vertheidigen, ihre krankhaften Vorstellungen derartig zu verbergen oder mit solcher Unbefangenheit in Abrede zu stellen, dass sie selbst erfahrene Irrenärzte zu täuschen verstehen, während in anderen Fällen freilich die Delirien immer grössere Stärke und Ausdehnung erlangen, und fast das gesammte psychische Sein und Leben beeinflussen. — Im Verlaufe der Krankheit wechseln meist ruhigere und freiere mit erregteren und gestörteren Zeiten ab, und dieser Wechsel kann bis zum Tode sich fortsetzen, oder es bildet sich allmälig ein mehr dauerndes Gestörtsein mit dauernder Gehässigkeit und Verschlossenheit oder mit mehr stupider Apathie und Energielosigkeit aus, oder es kommt unter Nachlassen oder Fortfall der Hallucinationen ein Zustand relativer geistiger Freiheit zu Stande, welcher oft nur äusserst schwer und erst nach langer Prüfung oder durch ganz unerwartete Handlungen und Aeusserungen, welche eben das Fortbestehen früherer oder ähnlicher Wahnideen kundthun, von dem Zustande wirklicher Geistesfreiheit und Gesundheit zu unterscheiden ist. Endlich kommen auch Fälle vollständiger Genesung vor, immerhin aber sind sie selten und wegen der hier so grossen Fähigkeit zu vollendeter Dissimulation mit Vorsicht aufzunehmen. Der Ausgang in gänzlichen Verfall, in consecutiven Blödsinn, wie solcher viele andere Psychopathien schliesslich begrenzt, dürfte hier auch nach langjähriger Dauer, wenn überhaupt, so nur äusserst selten eintreten. In Betreff der Aetiologie dieser Gruppe von Seelenstörungen beschränken wir uns in Ermangelung von Angaben über differente, specifische Veranlassungen darauf, dass auch hier oftmals eine durch Zeugung oder verkehrte Erziehung bedingte Disposition, geschlechtliche Ausschweifungen und Verirrungen, sowie allerhand deprimirende und depotenzirende Einflüsse, insbesondere auch die der Haft, als ursächliche Momente aufzufinden sind; unserer Erfahrung nach gehörten die aus Gefängnissen und Zuchthäusern hervorgehenden Geisteskrankheiten überwiegend dieser Krankheitsform an.

Kehren wir jetzt wieder zu unserem Falle zurück, so fehlt es demselben an ätiologischen Momenten keineswegs. Wir finden nämlich, dass Voelkel einer Familie entstammt, in welcher zwar keine Nerven- oder Geisteskrankheiten nachgewiesen, wohl aber vielfältige schwere Conflicte mit den Strafgesetzen vorgekommen sind — ein Umstand, welcher in Hinblick auf die vielfältigen Wechselbeziehungen zwischen Verbrechen und Geisteskrankheit in gewissem Sinne im Lichte hereditärer Belastung erscheint —; wir finden ferner, dass er von je an Hang zur Ungebundenheit und zu einer möglichst bequemen Lebensführung bekundet, auf der Schule nur die nothdürftigsten Kenntnisse in sich aufgenommen haben soll, dass seine intellectuelle und moralische Ausbildung nur mangelhaft oder verkehrt gewesen ist; dass er schon im 21. Lebensjahre wegen wiederholten gewaltsamen Diebstahls eine entehrende Zuchthausstrafe zu verbüssen hatte, seitdem noch mehrmaligen Bestrafungen wegen Diebstahls, wegen thätlicher Widersetzlichkeit und Misshandlung beamteter Personen und wegen Nichtbeachtung der ihm auferlegten polizeilichen Vorschriften unterworfen gewesen, endlich in seinem 35. Lebensjahre abermals wegen schwerer Diebstähle, jetzt aber zu 10 Jahren Zuchthaus und zu 10 Jahren Polizeiaufsicht verurtheilt worden — mithin eine grosse Reihe von Momenten, welche auf das geistige Leben und die Geistesgesundheit begreiflicher Weise eine sehr ungünstige Wirkung ausüben müssen und thatsächlich oft genug eine dauernde Störung derselben zur Folge haben.

Was aber die bei Voelkel vorauszusetzende psychische Störung selbst anbetrifft, so zeigt dieselbe allerdings die wesentlichsten, jener Gruppe von Seelenstörungen eigenthümlichen Merkmale, nämlich: die langsame unmerkliche Entwickelung, in sofern zunächst nur eine andauernde Depression, sowie ein auffälliger Wechsel in der Stimmung und im Gesammtverhalten an ihm beobachtet wurde; das Auftreten von Gesichts- und Gehörstäuschungen als erstes handgreifliches Zeichen gestörter Seelenthätigkeit; an diese Hallucinationen sich anschliessende Wahnideen und zwar hier vorwiegend Grössenideen, in sofern die durch seine Geistererscheinungen und sonstigen Offenbarungen ihm zu Theil gewordenen Aufschlüsse über göttliche und weltliche Dinge unzweifelhaft sein Hauptinteresse in Anspruch nehmen, während seine Verfolgtseinsideen erst in zweiter Linie sich geltend machen und in manchen Beziehungen nur jener bei verbrecherischen Naturen so verbreiteten, die natürlichen Verhältnisse umkehrenden, beschönigenden Anschauungsweise entsprechen; die seinen Delirien angemessene Physiognomik und vorwiegend argwöhnisch-mysteriöse, innerlich mehr oder minder befriedigte, gehobene und harmlose Stimmung; die Partialität der Störung, in sofern das Auffassungs-, das Urtheils- und Reproductionsvermögen sowie die Lust und Fähigkeit zu zweckmässiger Thätigkeit nach vielen Seiten hin unversehrt erscheinen; den remittirenden Verlauf, in sofern nur zeitweilig die für gewöhnlich mehr im Hintergrunde ruhenden Wahngebilde über die Schwelle des Bewusstseins treten; endlich den vielen dieser Fälle zukommen-

den Ausgang in relative Besonnenheit und Geistesfreiheit, in sofern Voelkel gegenwärtig, zumal unter dem Einflusse des geordneten Anstaltslebens, für gewöhnlich und in seinem äusserlichen Verhalten anscheinend nur wenig von seinen krankhaften Vorstellungen beeinflusst wird.

Nicht daran gewöhnt, seine Kräfte gehörig auszubilden und anzustrengen, immer nur danach strebend, auf möglichst bequeme Art seinen Lebensunterhalt zu gewinnen, jedes festeren moralischen und religiösen Halts entbehrend, den Gesetzen nur aus Furcht vor Bestrafung, nicht aus innerer Ueberzeugung gehorchend, im Kampfe um's Dasein sie schon frühzeitig und immer auf's Neue übertretend und dafür Strafe erleidend, verliert Voelkel, abermals und endlich von schwererer Strafe betroffen unter dem bestehenden Drucke der Zuchthausdisciplin mehr und mehr die geistige Widerstandskraft. Trübsinn und Niedergeschlagenheit umwölken und verdüstern sein Gemüth und allmälig treten vor dem erregten inneren Sinne wunderbare Gestalten und Stimmen auf, in denen die kritiklose Phantasie bald Geistererscheinungen, bald mystische Offenbarungen zu erkennen wähnt. Nach und nach erscheint ihm nun die Welt und sein eignes Ich in ganz anderem Lichte, er sucht und findet nicht blos in jedem hallucinirten Worte, sondern überall bedeutungsvolle, geheime Beziehungen und hält sich, wenngleich er sich bei seinen geistigen Excursionen auch nicht selten und oft vielleicht ihm selbst bewusst in dunkele Irrgänge verläuft, im Drange der ohne sein bewusstes Wollen erregten und sich abspielenden Vorstellungsthätigkeit für durch göttliche Gnade vor vielen Anderen bevorzugt, für eingeweiht in die grössten Geheimnisse der natürlichen und übernatürlichen Dinge. Seine wiederholten Bestrafungen, welche er nach der Weise von Verbrechern von je an vor seinem Gewissen zu beschönigen und zu vertheidigen suchte, wollen ihm nun schon garnicht mehr als gerechte Sühnungen eigener Verschuldungen, sondern vielmehr als unverdiente Schicksalsschläge und Prüfungen oder als böswillige Verfolgungen und ähnlich zeitweilige Störungen seines Befindens als Folgen feindlicher, geheimnissvoller Einwirkungen erscheinen. Indessen zweifelt er noch an der Richtigkeit seiner neuen Entdeckungen, er zweifelt auch an dem gehörigen Verständniss dafür bei seiner Umgebung, erst allmälig fühlt er sich sicherer in seinen Voraussetzungen und erst, nachdem er es gewagt, dem Arzte gegenüber seine Ideen anzudeuten und zu ihm Vertrauen gefasst, gewährt es ihm hohe Befriedigung, möglichst vollständig mitzutheilen, was sein geistiges Leben schon lange erfüllt und bewegt hat. Da nun aber seine neuen Ideen lediglich aus den ihm unbegreiflichen Sinnestäuschungen erwachsen sind und nur in seiner Einbildung existiren, so ergeht es ihm bei seinen Expectorationen etwa in ähnlicher Weise wie den religiös Verzückten in heiligen Convertikeln oder manchen eitlen Schwachköpfen bei ihren gelegentlichen Versuchen, ihre ungläubige oder ungelehrte Umgebung über schwierige, gelehrte Probleme auf Grund unverdauter Lesefrüchte aufklären zu wollen; dunkele, aber mächtige Gefühle und wirre unklare Vorstellungen

stürmen da gegen den Sprechmechanismus an, es wird mehr geredet als gedacht, und der nüchterne Verstand vernimmt mehr Worte als Gedanken. Aber freilich, um so emphatisch und mysteriös, so geläufig und so unsinnig reden zu können, dazu gehört denn doch wohl ein ganz besonderes Gehirn, ein Gehirn mit besonderer Erregbarkeit, mit besonderen Delirien und besonderen Communicationswegen zwischen den in ihm abgelagerten Vorstellungen — das Gehirn eines Geisteskranken.

Es mochte ihm zweifelhaft geblieben sein, ob er Glauben gefunden, er mochte argwöhnen oder auch wohl erfahren haben, dass man ihn für geisteskrank gehalten und deswegen aus Striegau entlassen, es ist ihm vorerst genügend, seine Freiheit zurückerhalten zu haben. Er hat kein Interesse daran, den Leuten in der Heimath seine Gedanken mitzutheilen, er hat vielmehr vollauf mit der Beschaffung der nöthigen Subsistenzmittel für sich und seine Schwester zu thun, er muss seine ganze Aufmerksamkeit und alle seine Kräfte darauf verwenden; die Sinnestäuschungen und seine krankhaften Einbildungen, welche von je an nur eine schwache Reaction in seiner Bethätigungsfähigkeit hervorgerufen, treten so mehr in den Hintergrund zurück und machen sich nur noch auf speciellen Anlass bei ihm geltend.

Mehr als 14 Jahre vergehen seit seiner Entlassung aus Striegau, als man ihn plötzlich festnimmt und nach einer Irrenanstalt transportirt. Das macht einen deprimirenden, mächtigen Eindruck auf ihn; er fühlt sich im Angedenken an die vorzeitige Entlassung aus dem Zuchthause und so mancherlei dunkele Vorkommnisse der Zwischenzeit nicht so ganz rein und straffrei, aber seine Ueberführung in eine Irrenanstalt will ihm doch nur im Lichte alter böswilliger Verfolgungen erscheinen, er protestirt dagegen und fügt sich nur in das Unabänderliche, weil ihn der neue Aufenthaltsort in mancher Hinsicht zufriedenstellt und weil er darauf hofft, dass man doch endlich mindestens seine Unschädlichkeit erkennen und ihn dann ebenso wie Manchen seiner Leidensgefährten der Freiheit wiedergeben werde. Er thut daher nach Kräften seine Schuldigkeit, ist aber misstrauisch und zurückhaltend. Nichtsdestoweniger vermag er auf die Dauer doch nicht ganz Herr seiner Gedanken zu bleiben, dieselben erlangen vielmehr, nachdem seine Aufmerksamkeit ihnen wiederholt zugewandt worden, mit der Länge der Zeit immer grössere Spannkraft, und so kann er es schliesslich nicht verhindern, dass sie allmälig und endlich nahezu in derselben Kraft und Geläufigkeit wieder an das Tageslicht treten wie einst am Orte ihrer Geburtsstätte.

Ziehen wir die Hauptsumme, so finden wir also schliesslich bezüglich der uns vorgelegten Frage, ob bei Voelkel Simulation oder Geisteskrankheit anzunehmen sei: dass die gegen das Bestehen von Geisteskrankheit vorgebrachten Gründe beweisende Bedeutung nicht besitzen, dass die in seinem geistigen Verhalten beobachteten Anomalien mit den Zeichen simulirter Geisteskrankheit mehr oder minder unvereinbar sind, wohl aber in Uebereinstimmung sich befinden mit den Merkmalen einer ganz be-

stimmten Form geistiger Störung — dem primären hallucinatorischen Irrsein —, und dass wir demnach volles Recht besitzen, das Bestehen dieser Geistesstörung bei ihm in der That anzunehmen; dass diese Krankheit allem Anschein nach während seines Aufenthaltes in Striegau sich entwickelt, seitdem ununterbrochen fortgedauert und schliesslich zu einem Zustande geführt hat, welcher bei oberflächlicher Betrachtung als ein Zustand von Gesundheit, bei näherer Untersuchung aber doch als ein Zustand tief gestörter Geistesthätigkeit sich ergiebt, für dessen Heilung schon mit Rücksicht auf sein langjähriges Bestehen keine Aussicht mehr vorhanden ist.

Dr. *E. von Ludwiger.*
2. Arzt an der Irren-Heil u. Pflegeanstalt zu Creutzburg.

Zur Casuistik der Nahrungsverweigerung und künstlichen Ernährung von Geisteskranken.

Ein im Irrenfreund (XXI. Jahrgang No. 1 u. 2, S. 13) vom Herrn Director *Gerlach* veröffentlichter Fall von $3^1/_4$ Jahre lang dauernder Nahrungsverweigerung, bei welchem durch die zwangsweise Ernährung mit der Schlundsonde das Leben des Kranken erhalten blieb und derselbe nun wieder freiwillig Nahrung zu sich nimmt und bei dem Herr Dr. *Gerlach* am Schlusse bemerkt: „dass dieser Fall, der in Bezug auf die Länge der Zeit in der nothwendigen, regelmässigen Anwendung der Schlundsonde seines Wissens in der Literatur einzig dastehe“, lassen es mir nicht uninteressant erscheinen, nachfolgende Geschichte einer Kranken, die sich nun seit über 23 Jahren in hiesiger Anstalt befindet und in dieser Zeit 12037 Male mit der Schlundsonde gefüttert wurde, zu veröffentlichen.

Kirchmayer, Anna, v. Schoenberg in Tirol, Bauernmagd, ledig, wurde am 29. September 1855, damals 46 Jahre alt, in die Irrenanstalt Hall, Tirol, aufgenommen, da sie zu Hause schon seit 1 Jahre als geistesgestört galt und auch vorher schon mehrere Jahre hindurch ein verändertes Benehmen zur Schau trug, welches sich bei der sonst heiteren, im Umgange verträglichen K. A. in Rechthaberei und Streitsucht äusserte, der Umgebung jedoch erst im Herbste 1854 auffiel, als die Kranke den $^1/_4$stündigen Weg von ihrer Wohnung in die Kirche einige Male rücklings gehend zurücklegte, zu Hause keine Ruhe fand, ihre Geschwister, bei denen sie wohnte, mit unbegründeten Vorwürfen und bitteren Reden belästigte, schlaflos wurde und weiteres die Wahnidee äusserte, sie sei im Hause die von Gott bestellte Schafferin, deshalb in alle Arbeiten eingriff, das Vieh überfütterte etc., so dass man sie, um sie an ähnlichen Handlungen zu hindern, einsperren musste. Ihre Mutter soll 1 Jahr vor ihrem Tode blödsinnig „ganz verloren“, eine Schwester der Mutter geisteskrank gewesen, der Vater an Apoplexie gestorben sein. Die Kranke überstand in ihrer Jugend Blattern,

später Typhus mit darnach lange andauernder psychischer Schwäche und befand sich zur Zeit der Aufnahme in die Anstalt im Beginne ihres Klimacteriums.

Nach ihrer Aufnahme in die Anstalt, woselbst auch mit Ausnahme einer leichten Verkürzung des linken Fusses und dem entsprechenden Hinken (angeboren) körperlich keine Anomalien constatirt wurden, ist sie anfänglich ruhig, zeigt sich nicht verstimmt, nimmt sehr bald an den Arbeiten der übrigen Kranken Theil, äussert nur wiederholt, „sie sei die Schafferin von Gott bestellt". Nach einigen Monaten jedoch wird sie erregt, schimpft heftig über ihre Verwandten, erkundigt sich bei jeder ärztlichen Visite ob ihre Geschwister nicht schon todt seien, arbeitet nicht mehr, äussert, sie sei eine Hexe, thut sich im Essen freiwillig Abbruch, liegt beständig zu Bette. Sie muss zu den täglichen Spaziergängen mit Gewalt aus dem Bette gezwungen werden, vernachlässigt sich gänzlich. — Am 12. März 1856 beginnt sie die Nahrungsaufnahme für Tage zu verweigern, isst dann wieder und wird endlich am 7. April desselben J., nachdem sie 6 Tage lang nichts gegessen hatte, zum ersten Male mit der Schlundsonde durch den Mund gefüttert. Was für Wahnideen damals die Ursache der Nahrungsverweigerung waren, geht aus den mir vorliegenden Aufzeichnungen nicht hervor. Ende April isst sie wieder spontan mehrere Tage hindurch. Im August 1856 übersteht sie eine schwere Dysenterie, erholt sich jedoch bald davon, isst mit Appetit. Im Februar 1857 verweigert sie wieder häufig die Nahrungsaufnahme, zerreisst ihre Kleider, will beständig mit Gewalt fort, ist gegen Mitkranke gewaltthätig, muss isolirt werden; an sie gerichtete Fragen beantwortet sie nicht, den ganzen Tag wiederholt sie dieselbe Phrase: „Geschwind müsst's mir den Kranz aufsetzen und verhext sein". — In den nächsten Monaten wiederholt sie alle ihr vorgesprochenen Worte, steht Tag und Nacht ohne zu sitzen oder sich zu legen, ist sehr widerspänstig bei allen mit ihr vorgenommenen Ortsveränderungen, Ende des Jahres wird sie klarer, ruhiger.

Im Jahre 1858 ist die Kranke beständig in einem tobsüchtigen Zustande; äussert wiederholt den Wahn behext zu sein; im October d. J. muss sie 18 Male mit der Schlundröhre gefüttert werden, dann isst sie wieder spontan (Körpergewicht 80 Pfd.). Im December d. J. übersteht sie einen heftigen Gedärmkatarrh. Im April 1859 beginnt wieder Nahrungsverweigerung, die künstliche Fütterung wird 22 Male vorgenommen, ebenso im Mai 27 Mal, dazwischen isst sie hie und da spontan. Im Juni bis 17. Juli isst die Kranke ihre gewöhnliche Portion, von da bis 22. September 1859 muss sie wieder täglich künstlich genährt werden; an diesem Tage überfällt die Kranke plötzlich grosse Schwäche und sie nimmt spontan Nahrung zu sich. Im October d. J. wird sie psychisch ruhiger, im Gespräche freundlich, spricht selbst mit Unwillen von ihrem „zuwideren Kopfe", isst mit grossem Appetit, ihr gesammter Ernährungszustand hebt sich. Sie äussert wiederholt, sie sei Schafferin der ganzen Anstalt, dieselbe gehöre ihr, sie

und alle Kranken müssten entlassen werden. Ende October und November d. J. abstinirt sie schon wieder, ist verwirrt, aufgeregt. Im Jahre 1860, in welchem die Kranke bis zum 17. December beständig ihre Nahrung freiwillig zu sich nimmt, nimmt ihre Ernährung bedeutend zu, so wiegt sie im November d. J. 90 Pfd.; sie sitzt tage- und wochenlang schweigsam in einem Winkel ihrer Zelle, giebt angesprochen keine Antwort. Vom 17. December d. J. muss sie wieder täglich 1—2 Mal im Tage gefüttert werden und zwar erhält sie 1 Seidel Suppe, 4 Eier und ½ Seidel Wein. Im Februar 1861 — bei beständiger künstlicher Ernährung, — wiegt die Kranke nur mehr 72 Pfd., hat also in 4 Monaten um 18 Pfd. ihres Körpergewichts abgenommen. Patientin abstinirt vom 17. December 1860 bis 3. August 1861 ununterbrochen; während dieser Zeit wird einmal der Versuch gemacht, das Schlundrohr durch die Nase einzuführen, da dabei jedoch beständig Blutungen aus der Nase auftraten, wurde dieser Ernährungsmodus sistirt. Im August 1861 giebt die Kranke an, sie habe so lange abstinirt, da sie glaube, es würden dadurch alle im Hause Wohnenden erlöst und befreit, nun wolle sie es den Aerzten überlassen dieselben zu befreien, deshalb esse sie wieder. — Im September 1861 ist die Kranke klarer, äussert keine Wahnideen, besucht im October den Gottesdienst, beschäftigt sich mit Handarbeit. Im November geht diese Besserung wieder in eine gewisse Verschlimmerung über, die Kranke hat jede Lust zur Arbeit verloren, muss sich zum Essen selbst nöthigen, „da sie oft von einem Drange befallen würde das Essen ganz zu lassen". — Am 17. Nov. 1861 tritt tobsüchtige Aufregung mit heftigem Zerstörungsdrange auf, Patientin äussert wieder die Idee, „sie sei Schafferin von Gott", sucht jedoch nach einigen Tagen, „die sich ihr aufdrängenden Ideen" zu bekämpfen, klagt über ihren verwirrten Kopf. — Im December desselben J. verlangt sie zur Zeit der Morgenvisite selbst, isolirt zu werden, um sich die Gelegenheit zu benehmen, in einer plötzlichen Anwandlung gegen die Aerzte aggressiv zu sein. Im Jänner 1862 wird die Kranke häufig sehr erregt, sucht sich jedes Blatt Papiers, das sie in den Händen der Aerzte sieht, zu bemächtigen, um es zu zerreissen und ruft dabei: „Alle müssen frei sein"; ist gegen ihre Wärterin aggressiv, beginnt wieder zu abstiniren, so dass man am 12. Jänner 1862, unter heftiger Abwehr von Seiten der Kranken, mit der künstlichen, zwangsweisen Ernährung mittelst Schlundrohr beginnen muss. Ihr Körpergewicht beträgt Anfangs Jänner 1862 92 Pfd., im Februar 74 Pfd., im Mai nur mehr 63 Pfd., deshalb wird die Kranke auch von da an immer täglich zweimal gefüttert. Die Stuhlentleerungen der Kranken erfolgen meist spontan, selten, ungefähr alle 14 Tage bis 3 Wochen ist es nöthig, ihr mit der Nahrung ein leichtes Abführmittel einzugiessen. Im December 1862, nachdem Patientin 11 Monate ununterbrochen abstinirt hatte und ihr Körpergewicht auf 62 Pfd. gesunken war, beginnt sie plötzlich wieder spontan zu essen, giebt an, sie habe so lange nicht gegessen, weil sie glaubte, „es würden, wenn sie nicht esse, alle Patienten entlassen und sie Eigenthümerin der

Anstalt". Mit der freiwilligen Nahrungsaufnahme steigt auch das Körpergewicht sehr rasch, Ende December wiegt sie schon wieder 71½ Pfd. Am 29. December, nachdem die Kranke schon einige Tage vorher erregter war und Zweifel äusserte, ob sie wohl recht thue, wenn sie esse und auch schon mehrere Tage lang die Speisenaufnahme verweigert hatte, beginnt wieder die künstliche Fütterung und dauert bis zum 22. März 1863; dabei ist die Kranke unendlich widerspänstig, schimpft und flucht, nennt ihre Umgebung: „Verfluchtes Hexengeschwader"; ihr Körpergewicht sinkt auf 60 Pfd., steigt jedoch bei der freiwilligen Nahrungsaufnahme vom 22. März bis 6. April wieder auf 78 Pfd.

Im April abstinirt die Kranke hin und wieder, ohne dass man jedoch genöthigt war, sie künstlich zu ernähren. Im Mai d. J. beginnt wieder die künstliche Fütterung mit der Schlundsonde und dauert bis Ende October, wo die Kranke einen Tag, nach wiederholter Versicherung von Seite der Aerzte, sie thue recht, wenn sie freiwillig Nahrung zu sich nehme, spontan isst, dann aber bis zum Mai 1866, also völlig ununterbrochen 3 Jahre hindurch, abstinirt. Während dieser Zeit werden wiederholt Versuche gemacht, die Kranke zum freiwilligen Essen zu bewegen, indem man einmal 3, einmal 7 Tage mit der Fütterung aussetzt und erst durch den raschen gänzlichen Verfall der Kranken gezwungen selbe wieder aufnehmen muss. Im November 1864 übersteht Patientin eine leichte Variola, ohne deshalb die Abstinenz aufzugeben. Während der ganzen drei Jahre sitzt sie Tag und Nacht fast unbeweglich in einem Winkel ihrer Zelle, nur mit einem Schlussrocke bekleidet, da sie alle anderen ihr gereichten Kleidungsstücke, Kotzen, Bettzeuge etc. zerreisst. Im Mai 1866 wo sie, jedoch wieder erst nach oft wiederholtem Versprechen der Aerzte, „Alles wegen des Hexengeschwaders zu verantworten", wieder freiwillig zu essen beginnt, hatte sie gerade vorher einen heftigen Gedärmkatarrh überstanden, war mehrmals von Convulsionen befallen und so herabgekommen, dass man ihren Tod als bevorstehend glaubte und sie mit den Sterbesakramenten versah. Im Juni und Juli (bis z. 26.) 1866 isst sie mit grossem Appetit, beschäftigt sich mit Handarbeiten, ihr Ernährungszustand hebt sich rasch wieder.

Am 26. Juli 1866 muss von Neuem die Fütterung mit dem Schlundrohre vorgenommen werden und wird von da an ununterbrochen bis zum 11. Mai 1878, also völlig 12 Jahre lang, fortgesetzt. Während dieser Periode sinkt das Körpergewicht anfänglich bis auf 54 Pfd., später erhält es sich völlig constant auf 60 Pfd. Die abgemagerte Kranke sitzt während der ganzen Zeit mit gebeugten Knieen zusammengekauert in einer Ecke des Zimmers, schläft in derselben Stellung, kann ihre unteren Extremitäten kaum mehr strecken, kriecht hie und da auf den Knien und Händen hin und her, behält nur einen Schlussrock, den sie rein und nett hält, jedoch keine Leibwäsche am Körper. Bei den täglichen zweimaligen Fütterungen mit dem Schlundrohre durch den zahnlosen Mund, welche auch gar keine Schwierigkeiten machen, verlangt die Kranke, welche man während de

Fütterung auf ein Bett bringt und aus welchem sie darnach wieder heraus in ihre gewöhnliche Zimmerecke kriecht, um daselbst das Schlundrohr und die zum Füttern gebrauchten Gefässe mit der grössten Sorgfalt zu reinigen, dass man ihr die Hände halte, da sie sonst das Rohr herausziehen und kratzen müsse und vollführt diese Drohung auch bei mehreren diesbezüglichen Versuchen. — Geht einmal bei der Fütterung nicht Alles den gewohnten Gang, schimpft sie fürchterlich auf Arzt und Wärterin. Es wird der Kranken häufig zugesprochen, sich wie alle Anderen zu rühren, man stellt ihr Speisen vor, jedoch vergeblich, „bevor die Hauptsache nicht recht sei, d. h. die verstellten Kranken entlassen und sie Herrin der Anstalt sein werde, wolle und dürfe sie nicht essen", die ihr vorgestellten Speisen schüttet sie in den Nachtstuhl.

Am 11. Mai 1878 nachdem zufällig das Füttern nicht gleich wie gewöhnlich von Statten geht, trinkt sie spontan die Milch mit den Eiern und von da an scheint ihr ganzes Wesen umgeändert. Sie ist in den nächsten Tagen freundlich, heiter, legt sich Nachts zu Bette, zieht gewöhnliche Kleider an, verlangt selbst Fleischnahrung, beschäftigt sich wieder mit Handarbeit, beginnt mit Krücke und Stock aufrecht umher zu gehen u. s. w. Als Ursache ihres jetzigen spontanen Essens bezeichnet sie wiederholt den fortwährenden Zuspruch des sie in letzter Zeit fütternden Arztes, ist demselben dafür dankbar. Ihr Körpergewicht steigt von 70 Pfd. im Mai auf 94 Pfd. Ende December 1878.

Seit 11. Mai v. J. bis jetzt, April 1879, ist ihr Benehmen unverändert dasselbe, sie zeigt beständig guten Appetit, ist freundlich, fleissig, ausserordentlich reinlich, jedoch noch häufig mit Wahnideen beschäftigt, so z. B. bewegt sie beständig, wie kauend, den Unterkiefer, „sie müsse schaffen, damit das Hexengeschwader in die Hölle komme"; unter „Hexengeschwader" versteht sie die Mitpatientinnen, Wärterinnen etc. Die ursprüngliche Wahnidee, welche ihr, wie sie selbst angiebt, plötzlich in den Kopf gekommen sei, sich ihr aufgedrängt habe (Zwangsgedanke), besteht also ziemlich unverändert fort. Dagegen ist ihr Gedächtniss vollkommen erhalten, sie erinnert sich genau an die Vorkommnisse vor und nach der Aufnahme in die Anstalt, zu Hause, ihre Familienverhältnisse, ihre überstandenen Krankheiten, die verschiedenen Perioden des Essens und Abstinirens etc. Für ihren Stand (Bäuerin) ist sie nicht ohne dialektische Gewandtheit, witzig und humoristisch, kurz ihre Intelligenz ist, — natürlich abgesehen von ihren Wahnideen — trotz 23jährigen Bestehens der primären Verrücktheit und des wiederholten monate- und jahrelangen Abstinirens soweit intact [1]), dass sogar demnächst dieselbe als bedeutend gebessert aus der Anstalt in die Heimath entlassen werden soll.

Dr. *F. Schlangenhausen*,
Privatdocent u. 1. Assistenzarzt der
Landesirrenanstalt Hall in Tyrol.

[1]) Siehe *Meynert*: Ueber Fortschritte im Verständniss der krankhaften psychischen Gehirnzustände, S. 19.

Gutachten über den Geisteszustand des Füsiliers C. G. H... k.

Der Füsilier Chr. Gerh. H. wurde am 26. Febr. 1870 in die Irrenheilanstalt in W. aufgenommen, nachdem er nach langer Berathung einer Commission von Militärärzten in O. für geisteskrank erklärt worden war. Er war schon im Jahre 1863 wegen Diebstählen, arbeitslosen Umhertreibens, unzüchtiger Handlungen mit einem 10jährigen Mädchen zu Gefängnissstrafen bis zu einem Jahre 6 Monaten verurtheilt, dann wiederum im J. 1865 wegen derselben Vergehen zu 1 Jahr 6 Monaten, im J. 1867 zu 2 Jahren Gefängniss, im J. 1868 wegen vorsätzlicher Körperverletzung eines Beamten bei Ausübung seines Dienstes zu Gefängnissstrafe von 3 Monaten verurtheilt.

Der Director der Strafanstalt zu V. berichtete an den Oberst und Regimentscommandeur L. in O. Folgendes über H., „er sei ein schwer zu charakterisirender Mensch, ein beklagenswerthes Opfer schlechter Erziehung, schlechter Gesellschaft und des Lasters der Selbstbefleckung, der jedoch noch einige Hoffnung auf Besserung erwecke, da er in seinem letzten Haftjahr sich in jeder Hinsicht tadelfrei verhalten, und eine grosse Neigung zum Soldatenstande zu erkennen gegeben. Dieser entgegenzutreten sei keine Veranlassung, vielmehr anzunehmen, dass die strenge Zucht im Militärdienst heilsam für ihn sein werde. Etwas geradezu Vernunftwidriges habe er nicht begangen, sei sich seiner Handlungen später stets bewusst gewesen, auch vom Anstaltsarzte für unzurechnungsfähig nicht angesehen. In Folge dieses am 21. Nov. 1869 erstatteten Berichts wurde er entlassen und trat in die 9. Compagnie des 91. Füsilierregiments.

Das Führungsattest vom 25. Febr. 1870 lautete aber schon dahin, dass er sich während seiner Dienstzeit schlecht geführt habe. Indem wir auf das Gutachten der ärztlichen Commission zurückkommen, theilen wir das Hauptsächlichste mit, was im Journalblatt aufgezeichnet ist.

H. ist 22 Jahre alt, evangel. Religion, von mittelgrosser Statur, gesunder Gesichtsfarbe, blonden Haaren, ziemlich gut entwickelter Muskulatur. Am Hinterhaupt findet sich eine haarlose Stelle von ungefährer Grösse eines Thalers, einer Tonsur ähnlich, auf deren Mitte sich ein weichiger, fleischiger Auswuchs von unebener Oberfläche befindet, der aber nicht mit den Schädelknochen zusammenhängt. Dieser soll schon von Geburt aus bestanden haben, der Schädel ist asymmetrisch, die rechte Seite springt etwas nach aussen stärker hervor, als die linke, Nase stumpf und breit. Stirn gewölbt. Gesichtsausdruck sehr verschmitzt. Iris grau, linke Pupille weiter als die rechte. Reaction der Pupillen normal. Brustorgane zeigen keine Abnormitäten. An Genitalien keine Zeichen von Syphilis.

Temperatursinn: Kranker erkennt Wärmeunterschied von 1° C.

Drucksinn. — Gewichtsdifferenz von 1 Loth wird unterschieden. — Muskelkraft ziemlich schwach. Sensibilität auf beiden Seiten gleich.

Puls sehr klein.

Gerader Schädeldurchmesser	20	Ctm.
Querer " "	16	"
Langer " "	26	"
Schädelperipherie	60	"

Der Kranke ist die ersten Wochen ganz ordentlich und ruhig, hält sich nicht für krank. Im gewöhnlichen Gespräch bemerkt man nichts Verkehrtes — aber seine Aeusserung, dass er an der erduldeten Strafe ganz unschuldig sei, dass er gestohlen habe, weil er bedürftig und die Gelegenheit günstig gewesen sei, dass Stehlen erlaubt und Sache der Leute sei, ihre Sachen nicht unbewacht umherliegen zu lassen, erregten Verdacht des Bestehens einer geistigen Abnormität.

Bald trat grosse Reizbarkeit ein, er verlangt entlassen zu werden, wird sehr heftig und grob, als ihm dies abgeschlagen wird, stampft mit den Füssen, zeigt grossen Trotz. Dieser Zustand dauert nicht lange; es tritt wieder grössere Ruhe und Folgsamkeit ein. Der Kranke geht mit zur Arbeit auf dem Lande — hat aber stets ein mürrisches Wesen, giebt keine oder nur kurze Antwort. Einmal wurde er gewaltthätig, warf dem Wärter die Kaffeetasse in's Gesicht. In der Schule beschäftigt er sich wenig, nur mit Rechnen und nie lange. Sein unfreundliches, trotziges Wesen wechselt die ganze Zeit seines Aufenthalts in der Anstalt mit einem ruhigen ab, und tritt in dem Zustand durchaus keine wesentliche Aenderung ein. Grosse Apathie und Theilnahmlosigkeit sind constant; man war weder durch Freundlichkeit noch durch Strenge im Stande auf ihn günstig einzuwirken, da er allen vernünftigen Vorstellungen unzugänglich blieb. Es trat immer mehr geistige Schwäche hervor, so dass nach $1^1/_2$jähriger erfolgloser Behandlung seine präsumtive Unheilbarkeit ausgesprochen, und seine Transferirung nach der Pflegeanstalt in Blankenburg beantragt werden konnte, wohin er auch September 1871 übersiedelte. Eine Unterbringung bei Privaten konnte wegen der eintretenden periodischen Aufgeregtheit, seines Trotzes und der Neigung zu Gewaltthätigkeiten, nicht befürwortet werden.

Gutachten der ärztlichen Commission an das Königliche Generalcommando.

Geschichtserzählung.

Chr. G. H., geboren Mai 26. 1848, der dritte von 7 Geschwistern, war nachdem er in seinem 6. Lebensjahre seine Mutter verloren hatte, lediglich der Aufsicht seiner beiden älteren Geschwister überwiesen, da der Vater als Handlanger bei Häuserbauten stets abwesend war. Unter Leitung seines 3 Jahre älteren Bruders, der wegen Gelddiebstahls, und seiner Schwester, die wegen Hausdiebstahls zu Freiheitsstrafen verurtheilt war — eine jüngere Schwester ist noch gegenwärtig wegen Vagabondirens in der Strafanstalt zu V. — ist er bald dem gegebenen Beispiel gefolgt, indem er nach seinem eigenen Geständniss von seinem 7. Jahre an die verschiedensten Diebstähle ausführte. Seine Leistungen in der Schule waren sehr gering. Nachdem er im 14. Lebensjahre confirmirt wurde, kam er zunächst als

Hausknecht zu einem Gastwirth, der ihn aber schon nach einem halben Jahre entliess, weil er ihn mit einem anderen Buben beim Einbruch in eine mit Esswaaren besetzte Kammer ertappt hatte. Ebenso entliess ihn ein Seiler, bei dem er eingetreten, schon nach 2 Monaten wegen begangenen Diebstahls. Dann vagabondirte er umher. Von nun an reihte sich eine Freiheitsstrafe an die andere, sodass er im Ganzen fast 7 Jahre im Gefängniss zubrachte. Wurde er aus dem Gefängniss entlassen, in welchem er einmal einen Aufseher mit dem Messer verwundete, weil er ihn der Trägheit beschuldigt hatte, so fing er sofort seine frühere Lebensweise, sein Diebeshandwerk wieder an, beabsichtigte auch einmal ein junges Mädchen zu nothzüchtigen.

Da die Direction der Strafanstalt zu V. berichtete, dass H. sich im etsten Jahre seiner 7jährigen Haft tadellos benommen hatte, wurden ihm bei seiner am 11. Novbr. vor. Jahres erfolgenden Entlassung, die ebenfalls verwirkten bürgerlichen Ehrenrechte wieder zuerkannt, und ihm dadurch die Möglichkeit gegeben, sofort in das Militär einzutreten. Dieser Eintritt erfolgte am 9. Novbr.

H. ist ein Mensch von mittler Grösse, von blassem Aussehen, meist ausdrucksloser, selten lebhafter Physiognomie. Functionen der Verdauungsorgane sind normal. Der rechte Radialpuls ist sehr klein, linke Pupille weiter und langsamer reagirend wie die rechte. Nach längerem Gespräch, oder in der Aufregung wird das Muskelzittern bemerkt, das an den unteren Extremitäten beginnend, sich bald den oberen und dem Gesichte mittheilt. Notorisch ist, dass er seit Jahren in excessiver Weise Onanie getrieben hat. Während seiner Strafzeit in V. haben in Folge seiner sexuellen Ausschweifungen seine körperlichen und geistigen Kräfte sehr gelitten. Die ersteren reichten nicht aus zur Erlernung des Tischlerhandwerks, die letzteren werden als zerrüttet bezeichnet; ja es wird zu wiederholten Malen die Frage aufgeworfen, ob H. nicht als geisteskrank zu betrachten sei, die um so näher lag, als H. nach der Mittheilung des früheren Anstaltsgeistlichen verschiedene Gehörstäuschungen gehabt hatte.

H. wird geschildert als wortkarg, vor sich hinstarrend, stumpfsinnig, ohne Zeichen von Reue über seine vielen Unthaten, ohne Sorge um seine Zukunft, gleichgültig und undankbar gegen liebevolle Behandlung und ohne Zuneigung zu irgend einem Menschen.

So geartet trat H. am 9. Novbr. 1869 in das Füsilierbataillon des Infanterieregiments 91. Anfangs ging alles gut. H. war folgsam, geduldig und gehorsam, dann aber am 16. Novbr. kann er der Lust nicht widerstehen, einer Frau, die er in gebückter Stellung vor sich sieht, unter die Röcke zu greifen.

Von diesem Moment ändert sich sein ganzes Wesen. Indem er fürchtet in die Raserei zurückzukehren, wendet er sich nach seinem Geburtsorte, übernachtet in einem Heuhaufen, und erscheint am andern Morgen im Hause seiner Eltern ohne alle Zeichen der Freude des Wiedersehens — er hatte sie seit seiner Confirmation nicht gesehen — ohne jegliches Interesse für

Eltern und Geschwistern, ja fast ohne Worte. Am Nachmittag hingegen zeigte er grosse Redseligkeit gegen den ihm nachgeschickten Füsilier W., spricht mit cynischer Naivität von seinen Diebstählen, der Körperverletzung, dem Attentat auf die Bäckersfrau, und will an ein Unrecht nicht gedacht haben, als er am vorigen Abend die Garnison verliess.

Zur Garnison zurückgebracht, zeigt er nur auffallendes Wesen; er will in keiner Weise dem Befehle des Vorgesetzten nachkommen, weder antreten, noch allein exerciren, äfft jenen nach, indem er jedes vom Gefreiten ausgesprochene Commando wie ein Echo wiederholt und sich nicht entblödet, denselben auszuschimpfen. In gleicher Weise beträgt er sich gleich darauf gegen seinen Hauptmann. Endlich zeigt er dem Feldwebel gegenüber, der ihn in's Arrestlocal führen soll, nicht übel Lust sich thätlich zur Wehr zu stellen.

Nachdem H. vom 18. Nov. bis z. 5. Jan. im Untersuchungsarrest zugebracht hatte, wurde er auf Antrag des Stabsarztes Dr. *W.* in das Garnisonlazareth zur besseren Verpflegung und genauerer Beobachtung gebracht.

Gutachten.

Berücksichtigt man zunächst die zahlreichen Diebstähle H.'s, so ist sofort ersichtlich, dass kein einziger derselben prämeditirt war, sie sind vielmehr sämmtlich Kinder des Augenblicks und durchaus primitiver Natur, ohne allen geistigen Schwung; was er unbewacht liegen sieht, Kleidungsstücke, eine Taschenuhr und anderes, nimmt er ohne Weiteres zu sich. In keinem Fall bereitet er einen Diebstahl vor, oder wendet er Gewalt an — er ist selbst im Stehlen nie über das Stadium der Lehrjahre, der Kindheit hinweg. Es ist ihm nie eingefallen, irgend einen Diebstahl oder sonstige Unthat zu verleugnen, oder das Gestohlene zu verbergen, im Gegentheil erzählt er darauf angeredet sofort Alles, was man wissen will, ja er schwatzt noch weit mehr aus, bringt das Gestohlene selbst herbei, macht auch nicht die geringste Vorkehrung sich der Strafe zu entziehen. Mit derselben Gleichgültigkeit nimmt er alle Strafen hin, nirgends treten Zeichen der Reue, niemals Thränen hervor, kein Gedanke an seine Zukunft, kein Vorsatz zur Besserung, keine freundliche Anhänglichkeit an irgend ein lebendes Wesen — überall Stupidität, Gedankenlosigkeit und willenlose Hingabe an den Augenblick. „Mir ist alles gleich, nun dann ist auch gut" sind in jedem Zwiegespräch die immer wiederkehrenden Refrains.

Wie wenig er von der Strafwürdigkeit seiner verschiedenen Unthaten sich überzeugt hält, wie sehr er sich im Gegentheil zu denselben berechtigt hält, geht recht schlagend aus dem Räsonnement hervor, dass die Leute, welche ihm Gelegenheit zum Stehlen gegeben haben, die Schuld an den Diebstählen trügen. Warum liess der Kerl seine Uhr in der Stube liegen? sagte er. Seine mehrfach hervorgehobene Wortkargheit ist allen denjenigen aufgefallen, die mit ihm verkehrt haben, welche ohne Ausnahme constatiren, dass er niemals einen neuen Cameraden anredete, und sich nie von freien Stücken in eine Unterredung mischt. Nur zuweilen wird diese Schweigsamkeit durchbrochen, und dann tritt entweder Unsinn zu Tage, gepaart

mit schallendem Gelächter, oder einer Exaltation, die einen maniakalischen Anfall und thätliche Angriffe auf den Gegenüberstehenden fürchten lässt. Eine solche recht eclatante Exaltation trat ein, als er vom Oberstabsarzt Dr. *M.* zu verschiedenen Aeusserungen veranlasst wurde. Dabei ward das Gesicht roth, der Blick lebhaft, selbst drohend, die Gesichtsmuskeln zuckten und die Worte wurden laut und mit so grosser, ungeheurer Rapidität hervorgestossen, dass ein Verständniss unmöglich, zumal da der Inhalt meistens ein völlig unzusammenhängender war.

Es wurde den Anwesenden zur Gewissheit, dass H. in solchen Momenten seine wiederholt angedeuteten Drohungen, diesem oder jenem, der ihm in irgend einer Weise unbequem ist, mit der blanken Waffe auf den Leib zu rücken, ausführen würde, und dass H. daher sich selbst überlassen, ein gemeingefährlicher Mensch ist.

Ganz dieselbe Exaltation finden wir in den früheren Vorgängen, wie sie in den verschiedenen Zeugenaussagen dargestellt sind. Dieselbe körperliche Erregtheit, dieselbe heftige, trotzige Sprache, dieselbe Verwirrtheit, dieselben immer wiederkehrenden Redensarten. Es ist ferner im hohen Grade wahrscheinlich, dass dem in den Sittenbüchern der Strafanstalt zu V. mehremal ausgesprochenen Zweifel an der geistigen Gesundheit des H. ähnliche Zustände, wie die hier beobachteten zu Grunde gelegen haben.

Wie wir nach dem Obigen zu der Ansicht uns bekennen, dass H. an Blödsinn mit intercurrenten maniakalischen Anfällen leidet, so sind wir auf der einen Seite vollkommen überzeugt, dass H. in den gewöhnlichen ruhigen Zeiten durchaus Herr seiner Thaten ist — wir müssen aber auf der anderen uns dahin aussprechen, dass derselbe zur Zeit der Exaltation, die er nicht willkürlich heraufbeschwören kann, sondern welche das Product innerer Vorgänge und äusserer Einflüsse ist, nicht im Stande ist, die Folgen seiner Handlungen zu übersehen, und dass namentlich zur Zeit der incriminirten Widersetzlichkeiten am Morgen des 18. Novbr. vorigen Jahres das Vermögen des H., aus freier Selbstbestimmung zu handeln, nicht vorhanden war."

Solches bezeugen auf ihren Diensteid

Dr. *K.*	Dr. *M.*	Dr. *V.*
Oberstabsarzt.	Oberstabsarzt.	Stabsarzt.

Obiger Fall wird von Neuem darauf hinweisen, wie eine Verwechselung moralischer Gebrechen und geistiger Störungen von Seiten der Directoren der Strafanstalten vorzüglich dann eintritt, wenn jene in den Vordergrund treten, und das reine Bild der letzteren trüben. Es ist zweifellos, dass H. an geistiger Störung litt, als er zu seiner moralischen Besserung in den Militärdienst treten sollte, und auch schon längere Zeit in der Strafanstalt nicht mehr geistig gesund war. Dennoch wurde er von dem Strafanstaltsarzt für nicht unzurechnungsfähig gehalten! Es tritt immer mehr die Nothwendigkeit hervor, dass die Aerzte an den Strafanstalten psychiatrisch gebildet sein müssen. *Kelp.*

Literatur.

Die Functionen des Gehirnes von *Ferrier*. Uebersetzt von Dr. *Heinrich Obersteiner*. Braunschweig bei Vieweg und Sohn. 1879. S. 347.

Das vorliegende Werk des bekannten Gehirnphysiologen ist ein Versuch, auf Grund eigener Untersuchungen und mit Berücksichtigung fremder Ergebnisse unsere Kenntnisse von den Functionen des Cerebrospinalsystems in ein einheitliches System zusammenzufassen. Mancher mag allerdings die bis jetzt auf diesem Gebiete gesammelten Thatsachen und Ansichten noch für zu wenig zahlreich oder selbst noch nicht fest genug begründet erachten und ihm daher, wie *Ferrier* selbst hervorhebt, der richtige Zeitpunkt zu einer solchen Unternehmung noch weit entfernt erscheinen. Haben doch die eigenen Arbeiten *Ferrier*'s auf dem Gebiete der Hirnfunctionen nicht überall Bestätigung gefunden und von nicht wenigen Seiten sogar lebhaften Widerspruch erfahren. Trotzdem aber wird man denselben ihren Werth für das Verständniss des Gehirnlebens nicht absprechen können und wir fühlen uns daher dem Uebersetzer wohl zum Danke verpflichtet, dass er das Buch *Ferrier*'s demjenigen Kreise deutscher Fachgenossen zugänglich gemacht hat, welchen das Studium des Originals nicht zu Gebote steht. Die Uebersetzung gewinnt weiter dadurch an Werth, dass sie die neuesten Untersuchungen *Ferrier*'s, sowie die bedeutenderen Thatsachen, welche seit dem vor zwei Jahren erfolgten Erscheinen des englischen Originals von anderer Seite veröffentlicht worden sind, in den Text mit aufgenommen hat.

Das erste Capitel enthält eine kurze Uebersicht der allgemeinen Structurverhältnisse des menschlichen Gehirnes und Rückenmarkes. Es bringt nichts wesentlich Neues, ebensowenig wie die nächstfolgenden 5 Capitel, welche sich mit einer Darstellung der physiologischen Bedeutung des Rückenmarkes, der Medulla oblongata, des Mittelhirnes und Kleinhirnes beschäftigen. Diese Gebiete des Centralnervensystems sind es ja auch nicht, auf denen *Ferrier*'s experimentelle Thätigkeit sich abspielt. Erst mit dem siebenten Capitel wendet er sich zu dem Felde seiner eigenen Versuche, dem Grosshirn. Dieser Abschnitt seines Werkes ist es daher, welcher das Hauptinteresse in Anspruch nimmt. Es folgt zunächst eine Besprechung der verschiedenen Untersuchungsmethoden, sowie eine Darlegung der Vor-

theile der von *Ferrier* angewandten Reizung der Grosshirnrinde durch den faradischen Strom. Auch die gegen das Bestehen von Rindencentren erhobenen Einwände kommen hier zur Besprechung und Widerlegung. Im achten Capitel werden uns die nach der elektrischen Grosshirnrindenreizung auftretenden Erscheinungen vorgeführt. *Ferrier* hat seine Versuche an Affen, Hunden, Schakalen, Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten, Tauben, Fröschen und Fischen angestellt. Durch wiederholtes sorgfältiges Experimentiren wurden eine Reihe abgegrenzter Regionen ermittelt, deren elektrische Reizung bestimmte Bewegungen hervorruft. Die dadurch gewonnenen Centren der Hirnrinde grenzen sich allerdings nicht scharf gegen einander ab und durch Reizung der Berührungsstellen je zwei derselben erhält man den combinirten Effect beider. Am reinsten und stärksten tritt die Wirkung ein, wenn die Reizung in der Mitte der einzelnen Rindenabtheilungen erfolgt. Eine Reihe von Abbildungen, auf welchen die Centren durch Kreise umzeichnet sind, geben ein deutliches Bild ihrer Lage. Diese Kreise sind numerirt und hat *Ferrier* den Versuch gemacht, bei den verschiedenen Thiergattungen correspondirende Stellen mit gleichen Zahlen zu bezeichnen. Doch giebt er selbst zu, dass dadurch nur annäherungsweise eine physiologische Gleichwerthigkeit bezeichnet werden kann, indem bei den individuellen Schwankungen selbst einer Thierklasse ein vollständig correcter Vergleich nicht ausführbar erscheint. Das Hauptinteresse bieten selbstverständlich die am Affen gewonnenen Ergebnisse, da das Gehirn desselben nach demselben Typus wie das menschliche gebaut ist und sich daher am ehesten zu Schlussfolgerungen auf die Leistungen des letzteren eignet. Auch sind die Versuche *Ferrier's*, durch experimentelle Zerstörung die auf dem Wege der Reizung gemachten Resultate zu bestätigen und in ihrer physiologischen Bedeutung zu ergründen, womit sich das neunte Capitel beschäftigt, hauptsächlich am Gehirne des Affen ausgeführt. Es soll daher hier auch nur von diesem eine gedrängte Darstellung von der Lage der einzelnen Hirnrindencentren gegeben werden.

Die motorische Region begreift diejenigen Windungen, welche die *Rolando*'sche Furche umgrenzen. Die Reizung einer im oberen Scheitelläppchen gelegenen Abtheilung (No. 1) ruft eine Vorwärtsbewegung der entgegengesetzten hinteren Extremität wie beim Gehen hervor. Im oberen Theile der hinteren und vorderen Centralwindung ist eine Stelle (No. 2) gelegen, bei deren Elektrisirung combinirte Bewegungen des Ober- und Unterschenkels und Fusses der anderen Seite mit passenden Bewegungen des Rumpfes ausgelöst werden, als ob das Thier etwas ergreifen oder sich den Unterleib kratzen will. No. 3 liegt unter dieser Stelle in der vorderen Centralwindung und steht in Beziehung zu Bewegungen des Schweifes. Hinter No. 3 und No. 2 findet sich No. 4, die sich berührenden Ränder beider Centralwindungen in geringer Ausdehnung umfassend. Auf seine Reizung erfolgt eine complicirte Rückwärtsbewegung des entgegengesetzten Armes, welche der Wirkungsweise des Latissimus dorsi entspricht. Eben-

falls Bewegungen der contralateralen oberen Extremität stehen die beiden nächsten Centren vor. No. 5 am Uebergang der obersten Stirnwindung in die vordere Centralwindung, der Extension, wie beim Greifen nach etwas und No. 6 in der vorderen Centralwindung nahe der Umbiegungsstelle des Sulcus praecentralis, auf dessen Reizung die Hand zum Munde geführt wird. In der hinteren Centralwindung sind vier kleinere Centren (a. b. c. d.) gelegen, von denen aus man Bewegungen einzelner oder mehrerer Finger und des Handgelenkes bis zum Ballen bekommt. Um das untere Ende der *Rolando*'schen Furche herum, in der vorderen und hinteren Centralwindung finden sich die Nummern 7, 8, 9, 10 und 11, welche Centren für die Bewegungen eines grossen Theils der Gesichtsmuskeln sind, als Heben und Senken der Mundwinkel und Nasenflügel, Oeffnen und Schliessen des Mundes u. s. w. — Auch die Bewegungen der Zunge und des Platysma myoides erfolgen von hier aus. Die sensorischen Centren wurden an folgenden Stellen ermittelt. Das Sehcentrum nimmt den Gyrus angularis ein, dessen Zerstörung Blindheit des anderen Auges verursacht, ein Verlust, der aber nicht andauernd ist, wenn die entgegengesetzte Windung erhalten bleibt. Die elektrische Reizung dieses Gebietes (No. 13) ist von Contraction der Pupillen und Versuch die Augenlider zu schliessen, sowie von Bewegungen der Augen nach der anderen Seite und nach auf- und abwärts gefolgt. Das Hörcentrum liegt in der oberen (ersten). Schläfenwindung. Reizung dieser Region (No. 14) ergiebt rasches Aufrichten des entgegengesetzten Ohres; weiteres Oeffnen der Augen, Wenden des Kopfes nach der anderen Seite u. s. w. Das Fühlcentrum verlegt *Ferrier* in die Ammonshornregion (grosser Seepferdefuss und Subiculum cornu Ammonis). Der Gyrus uncinatus enthält den Sitz der für den Geschmack und Geruch bestimmten Centren, welche sich nicht scharf von einander abgrenzen lassen und von denen das Geruchscentrum in ungekreuzter Beziehung zur Peripherie steht. Die faradische Reizung dieser Rindentheile (No. 15) bewirkt Drehung der Lippen und Nasenflügel derselben Seite. Von einer Stelle aus (No. 12), welche die hintere Hälfte der oberen und mittleren Stirnwindung einnimmt, lassen sich durch die elektrische Reizung eine Reihe von Bewegungen auslösen, welche den Charakter der Aufmerksamkeit und Ueberraschung tragen. Die Pupillen dilatiren sich und Kopf und Augen werden nach der anderen Seite hingewendet. Die übrigen Abschnitte der Gehirnoberfläche zeigen bei der Faradisation keine Reaction. Auf Grund von Zerstörungsversuchen an denselben aber ist *Ferrier* zur Annahme einer Reihe allerdings nur hypothetischer Functionen derselben gelangt. So bringt er die Hinterhauptlappen mit dem Hungergefühl, dem Gemeingefühl und dem Geschlechtstrieb in Verbindung; der Stirnlappen steht in der Hauptsache den Leistungen der Intelligenz vor. In ihm liegt das Vermögen der Aufmerksamkeit und Gedankenbildung und auch die Hemmungscentren, welche das Wollen mehr und mehr seines ursprünglichen impulsiven Charakters berauben und zur überlegten Handlung umgestalten, kommen in ihm zur Ausbildung. Hervorgehoben zu werden

verdient endlich noch eine Stelle am Gehirn des Hundes und der Katze. Dieselbe entspricht der unter No. 9 beim Affen am unteren Ende der vorderen Centralwindung in gleicher Höhe mit der untersten (dritten) Stirnwindung gelegenen Region. Ausser Oeffnen des Mundes und Bewegungen der Zunge kommt es hier bei der Anwendung des Inductionsstromes häufig zu einer dem Thiere eigenthümlichen Bildung von Lauten, Bellen, Fauchen u. s. w.

Das zehnte Capitel ist den Functionen der Basalganglien gewidmet. Die Streifenhügel dürfen als die Centren für die automatische Organisation angesehen werden, wie die Sehhügel andererseits in einem ähnlichen subordinirten Verhältnisse zu den sensorischen Rindencentren stehen. Nach einer Besprechung der psychischen Functionen des Grosshirnes im eilften Capitel, bringt das zwölfte einen schematischen Ueberblick über die Leistungen der spinalen und cerebralen Centren. Von den drei Begriffen der Kinesis, Aesthesis und Noesis ausgehend wird die unabhängige Thätigkeit des Rückenmarkes als eine kentro-kinetische bezeichnet. Die Medulla oblongata ist der Sitz einer complicirteren Reflexthätigkeit, sie wirkt synkentro-kinetisch. Die Mittelhirncentren stehen den aesthetico-kinetischen Leistungen vor, von denen auch das Kleinhirn einen Seitenzweig bildet. Die Basalganglien sind mit Rücksicht auf ihre den Hemisphären untergeordnete Thätigkeit als hypo-noetiko-kinetisch anzusehen. In den Grosshirnhemisphären endlich liegen die Centren für die mannigfachen Functionen der Intelligenz, sie sind noetiko-kinetischer Natur. Sämmtliche spinalen und cerebralen Centren stehen selbstverständlich in wechselseitiger Beziehung zu einander. Das dreizehnte und letzte Capitel hat die Homologien des menschlichen Gehirnes zum Inhalt und hat *Ferrier* auch den Versuch einer bildlichen Darstellung desselben gemacht, bei welcher die Lage derjenigen Centren, welche am Gehirn der Affen festgestellt wurden, approximativ angedeutet sind. Den Schluss bildet eine kurze Uebersicht der Beziehungen der Hirnwindungen zum Schädel (cranio-cerebrale Topographie), wie sich also die verschiedenen Centren der Hirnrinde auf die einzelnen Regionen des Schädels vertheilen.

Das Gesagte wird genügen, einen Begriff von dem reichen Inhalte des Buches zu geben. Wegen dieser Mannigfaltigkeit des Stoffes ist es auch nicht zu einem Auszuge geeignet. Es muss daher auf das eigene Studium des Werkes verwiesen werden, dessen Lectüre wir den Fachgenossen nur angelegentlich empfehlen können. Auch der Stil desselben ist klar und gefällig genug, um auch von dieser Seite aus dem Leser keine Schwierigkeiten zu bereiten. Eine andere Sache ist es dagegen mit dem Werthe, welcher den von *Ferrier* für den Affen aufgestellten zahlreichen Centren der Gehirnrinde beizulegen ist. Schon oben wurde auf den mannigfachen Widerspruch aufmerksam gemacht, der gegen die Resultate unseres Autors erhoben worden ist. Und in der That drängen sich bei dem Durchlesen der dem Grosshirn gewidmeten Abschnitte des Buches fast unwillkürlich

eine Reihe von Bedenken auf. Die Ergebnisse *Ferrier's* sind so zahlreich und detaillirt; die Nebeneinanderlagerung der von ihm aufgefundenen Bewegungscentren so überraschend zweckmässig und systematisch geordnet, dass man immer und immer wieder das Bedürfniss fühlt, diese schönen Befunde durch weitere Untersuchungen bestätigt und die gegen ihre Richtigkeit sich aufdrängenden Bedenken beseitigt zu sehen. Es würde zu weit führen, wollte ich mich hier auf eine eingehende kritische Besprechung der Behauptungen *Ferrier's* einlassen. Dem aufmerksamen Leser werden bei der Lectüre des Buches die schwachen Seiten in der Methode und Beweisführung des Verfassers nicht entgehen.

Selbstverständlich wird für die Beurtheilung und Entscheidung der von ihm ausgesprochenen Behauptungen der klinischen Beobachtungen ein grosser Werth beizulegen sein. Von Interesse erscheinen daher die Resultate, zu welchen ein italienischer Forscher, *Margagliano*, in einer Schrift über die motorischen Bezirke der Hirnrinde vom klinischen Standpunkte aus, auf Grund der Analyse von 97 klinischen Fällen, gelangte. Von den sehr entschiedenen Aussprüchen desselben verdienen hier besonders die folgenden erwähnt zu werden. 1) Die motorische Function der Rinde findet sich an der aufsteigenden Stirnwindung (unserer vorderen Centralwindung) und an dem hinteren Theile der ersten, zweiten und dritten Stirnwindung, desgleichen an der aufsteigenden (unserer hinteren Central-) Windung. 2) Bei isolirten Motilitätsstörungen der oberen Extremität kann die Läsion an irgend einem Punkte der oberen Zweidrittel der motorischen Zone haften. 3) Auch die Motilitätsstörung beider Glieder entsprechen Läsionen in den oberen $^2/_3$ der 2 aufsteigenden Windungen. 4) Gesellen sich zu den Bewegungsstörungen eines oder beider Glieder ausgesprochene Bewegungsstörungen des Gesichtes, so findet sich constant eine Läsion am unteren Drittel der aufsteigenden Stirnwindung. 5) Die Bewegungsstörungen des oberen Augenlides scheinen Läsionen an der unteren Scheitelwindung zu entsprechen.

Die Aehnlichkeit dieser Befunde mit einigen von den Rindencentren *Ferrier's* ist zu sehr in die Augen fallend, um sie noch weiter hervorzuheben. Auch zwei andere italienische Beobachter, *Luciani* und *Tamburini* stellen sich insofern auf die Seite *Ferrier's*, als sie auf Grund ihrer Experimente nicht anerkennen, dass die bei Elektrisirung der Hirnrinde ausgelösten Bewegungen mittelst Diffusion des Stromes erfolgen. Andererseits bestreiten sie aber auch, dass die Function zerstörter Gebiete der Gehirnoberfläche durch Substitution der benachbarten Windungen oder der gegenüberliegenden Hemisphäre ausgeglichen werden kann. Als ein entschiedener Gegner der Centrentheorie dagegen stellt sich *Silvio Venturi* in einer psychologischen Studie heraus, der im Anschluss an Schiff zur Ueberzeugung gelangt, dass allein die Physiologie und Pathologie der Reflexwirkung als die wissenschaftliche Basis der Psychologie und Lehre von den Geisteskrankheiten betrachtet werden muss. Ob derselbe auch auf der Grundlage

eigener experimenteller Beobachtungen zu seinem Urtheile gelangt ist, lässt sich aus dem Referate nicht entnehmen. Wir möchten es bezweifeln.

Claus in Sachsenberg.

Ein Lebensbild aus einer Heilanstalt. Zur Erinnerung an Hofr. Dr. *Dick*. Neustadt a./H. In Commission bei Gottschik-Wiker. 34 S.

Wir empfehlen die kleine Schrift unseren Berufsgenossen bestens, sie wird allen Freunden unseres Collegen *Dick* hochwillkommen sein. In ansprechender Form giebt sie ein lebensfrisches Bild des ganzen Mannes, wie er sich entwickelte, wie er war, wie wir ihn kannten und schätzten, und wie er vielen von uns nahe getreten ist.

St.

Kleinere Mittheilungen.

Ueber die Sinnestäuschungen paralytischer Frauen. — Auf die Bemerkungen von *Claus* in seinem Vortrage d. Z. Bd. 35 S. 551—552 habe ich meine Aufzeichnungen betreffs der bei unsren paralytischen Frauen beobachteten Sinnestäuschungen zusammengestellt und lege sie zur Benutzung vor.

Die Unterscheidung von Illusionen und Hallucinationen war im Allgemeinen schwierig, sie erscheint auch belanglos, sie war bei vielen Zuständen insonderheit der Verwirrten und Tobsüchtigen gar nicht möglich. Es ist bei diesen ebensowenig festzustellen, ob ihr Handeln und Reden nur fantastisches Vorstellen, nur verrücktes und triebartiges Geschehen ist, oder ob sich auch Sinnesthätigkeit hinzugesellt, ob es wirklich mit äusserlicher Versinnbildlichung einhergeht, ob es thatsächlich an äussere Wirklichkeit, an vergangene oder gegenwärtige Eindrücke sich anknüpft.

Unter diese wahnhaften Gebilde gehören die Klagen', die bitteren Beschwerden der Kranken, dass man ihnen die vielen Geschenke, die Koffer voll Kostbarkeiten, Schüsseln und Leckereien, das viele gute Essen, das hieher gesandt werde, das Geld, das sie mitgebracht, vorenthalte. Dahin gehören die mit glückseligem Lächeln gemachten Mittheilungen, dass täglich viele Eisenbahnzüge voll Geld u. s. w. ankämen; zu diesen lebhaften Einbildungen sind das Gefasel zu rechnen, über die Besuche von Heiligen, Engeln u. s. w., Erzählungen, wie, dass Jesus sie täglich zum Tanze abhole, dass der Geliebte sie täglich besuche, mit dem sie dann alltäglich weite Reisen über und unter der Erde mache; Behauptungen wie: ihr Mann, ihre Angehörigen, der (eingebildete) Bräutigam oder Mann, der Wagen sei da sie abzuholen. Zu ihnen gehören zweifellos auch ein grosser Theil der nächtlichen Besuche und nächtlichen Freuden u. dergl. Diese lebhaften Einbildungen tauchen dann auch oft im Traume auf, die Kranken träumen ebenso ungeheuerliches, wie sie denken, oder träumen doch, im Beginn, wie im Verlaufe der Krankheit, angenehm und „freudig", „schön".

Hierher sind auch die Erinnerungstäuschungen zu rechnen, die wir bei einigen unserer Kranken fanden, die alles schon einmal gesehen, uns, diese und jene schon früher gekannt, schon einmal hier wollten gewesen sein.

Den Uebergang zu den eigentlichen Sinnestäuschungen bilden die Urtheilsfälschungen, denen unsre Kranken grade in Folge ihrer Auffassungs-,

Vorstellungs- und Verstandesschwäche besonders unterworfen sind, so wenn sie in werthlosem Tande Edelsteine, in dem von der Wand gekratztem Kalk Gold sehen oder überall Aehnlichkeiten finden, oder alle Welt, Ort und Umgebung verkennen.

Träume, wie gesagt, inhaltlich völlig gleichwerthig und identisch dem Grössendelir, leiteten die Krankheit ein, begleiteten sie, treten in Nachlassstadien wieder auf. Es waren dann im Beginn schöne Träume, Träume mit sozusagen indirectem Grössenwahn. Die Kranken sehen sich im Verkehre mit hohen Personen, die Kranken sehen im Traume „schöne grüne goldene Wiesen, schöne Städte, schöngeputzte Kinder und liebe Engelein". Es zeigten sich dann diese Träume entweder mit eintretender maniatischer Verstimmung oder sie angehörten einer längeren melancholischen Vorzeit, wo dann die düstern Vorstellungen in dem wachen Zustand vorwalteten, die heitren sich in das Reich der Träume flüchteten, ein Nebeneinander ähnlich den Grössen- und Kleinheits-Vorstellungen Melancholischer. So entsinne ich mich insonderheit eines Mannes, dieser litt an morgenlichen melancholischen Anwandlungen mit Herzbeklemmung, gegenstandloser, selten bestimmt bezogener, zeitweise aber zu Selbstmordgedanken, Zwangsvorstellungen und Zwangshandlungen führenden Unruhe — Nachts träumte er dann fast proportional diesen Angst- und Bangegefühlen in genannter indirecter Weise Grössendelir.

Tritt die Störung nicht von vornherein mit sozusagen ausgesprochener psychischer Schwäche auf — ich weiss sehr wol, dass diese ein entscheidendes Kennzeichen des paralytischen Irrseins ist und diese ist hier seit *Hoffmann* stets als ein solches festgehalten — ist mehr eine gemüthliche Verstimmung einleitend, dann werden in den meisten Fällen auch Aenderungen in der Sinnesthätigkeit angegeben. Die Kranken klagten allgemein, „es mache ihnen viel vor", oder mehr im besondern: Ohrensausen, Singen im Kopfe belästige sie und dieses wurde zu Stimmenhören, es lege sich wie ein Flor vor die Augen, wie eine Larve, wie Spinneweben auf's Gesicht, es lege sich beim Lesen vor die Augen, so dass sie das Buch fortlegen müssten. Die Berichte der Angehörigen lauten ebenfalls, es habe den Kranken viel vorgemacht und die Aerzte sprechen von Angstanfällen, als hörten die Kranken rufen, als sähen sie Fantasmen, sie berichten allgemeiner von Sinnestäuschungen, von Hallucinationen, von Stimmenhören vor dem Ausbruche der Krankheit insonderheit der Tobsucht.

Was den weiteren Verlauf der Krankheit betrifft, so war wol keine der melancholischen, der gemischten Formen ohne eine oder die andere Sinnestäuschung, besonders des Gesichts und Gehörs; in den chronischeren, ich möchte sagen verrückteren Fällen, deren Stärke, Zahl und Dauer eine grössere, aber auch den maniatischen fehlten sie nicht. Sie traten gern episodisch auf, mit der Verschlimmerung, mit der Aenderung der äusseren Erscheinungsformen, leiteten diese ein, wechselten ihren Inhalt je nach der gerade vorherrschenden Wahnreihe oder Stimmung oder unabhängig von diesen.

Durchmustern wir unsere Aufzeichnungen, so finden wir bei 127 — von der Gesammtzahl 141 scheiden 14 aus, bei denen das Journal fehlt — Sinnestäuschungen (Hallucinationen) ausdrücklich notirt 69 mal d. i. 54,3 pCt. und zwar:

3 mal blos die allgemeine Bezeichnung: Sinnnestäuschungen, Hallucinationen, hallucinirt,
11 „ Gesichtstäuschungen (Visionen),
10 „ Gehörstäuschungen (Stimmenhören),
7 „ Gesichts- und Gehörstäuschungen,
2 „ Gesichtstäuschungen und vielleicht auch Gehörstäuschungen,
1 „ Gehörs- und vielleicht auch Gesichtstäuschungen,
8 „ Gesichts- und Gefühlstäuschung,
1 „ Gesichts- und Schwangerschaftstäuschung,
3 „ Gehörs- und Gefühlstäuschung,
1 „ Gehörs- und Schwangerschaftswahn,
1 „ Gehörs- und Vergiftungswahn,
6 „ Gesichts-, Gehörs- und Gefühlstäuschung,
1 „ Gesichts-, Gehörs-, Gefühls- und Geruchstäuschung,
2 „ Gesichts-, Gehörs-, Gefühls- und Geschmackstäuschung,
2 „ Gesichts-, Gehörs- und Geschmackstäuschung,
1 „ Gesichts-, Gehörs- und Geruchstäuschung,
1 „ Gesichts-, Gehörs-, Geruchs- und Geschmackstäuschung,
6 „ Gefühlstäuschung,
1 „ Gefühls- und Geschmachstäuschung,
1 „ Gefühls- und andere Sinnestäuschungen,

dazu kommt noch 5 mal Schwangerschaftswahn — 2 waren ausserdem wirklich schwanger und gebaren ohne jeden Schmerz, ohne jedes Gefühl, ohne jedes Wissen der Entbindung selbst — von denen wenigstens bei zweien der Wahn auf Uterusleiden beruhte (Fibrom, Metrit. chronic.).

Was nun den Inhalt und die Art des Auftretens dieser Täuschungen betrifft, so unterschieden sie sich in nichts von den bei andren Geistesstörungen; sie treten vereinzelt auf, es werden nur bestimmte beobachtet, wie lediglich Gesichts-, Gehörs- oder Gefühlstäuschungen; es werden zu verschiedenen Zeiten verschiedene Arten von Sinnestäuschungen, verschieden nach Inhalt, Ausdehnung, Charakter, geäussert, verschieden nach dem oder den betroffenen Sinnesgebieten und diese nicht immer conform dem Wol- oder Misbehagen; vergnüglich lachend sagt die eine: in der Nacht sei ihr der Kopf abgeschlagen, sie habe keinen mehr, es gehe ihr aber gut, sehr gut.

So haben denn diese Kranken nur nächtliche Visionen, z. B. die Todten stehen auf und kommen alle nachts zu ihr, der liebe Gott und der todte Sohn setzen sich nachts neben sie auf ihr Bette, haben goldene Kronen auf und unterhalten sich mit ihr; sie zeigt dabei mit Bestimmtheit die Stelle, wo Beide gesessen; oder sie sehen auch am Tage

1. mehr ängstigenden Inhalts:

Männer, vor denen sie fliehen;

ihren Mann mit andern Frauen sich hier herumzerren, ihr Kind, ihre Kleider etc. verbrennen;

Mörder, Pferde- und Ochsenköpfe; Männer, die sie umbringen; Ochsen, die sie stossen wollen; Männer, die mit Messern auf sie zücken;

Alles brennt um sie herum; alles brennt, sie selbst friert;

wunderbare Thiere; eine schwarze Kuh mit vielen kleinen Hörnern, eine schwarze wunderbare Katze;

im Angstanfalle einen grossen Hund;

ihren Geist im Zimmer herumlaufen, ihre Brüder werden hier umgebracht;

auf dem Zifferblatt obscöne Inschriften, die todte Schwester und den lebenden Schwager, sie glaubt ihre Brüder hier eingemauert;

Teufel und Hexen; will eine schwarzgefleckte Katze, die sie in den Finger gebissen, hinausjagen;

Todte und Lebendige, die todte Schwester, das todte Kind, den Todtenkopf ihres Mannes;

Männer und Frauen, die sie beschimpfen.

2. mehr gleichgiltigen oder heitern Inhalts:

Feurige Männer, brennende Kerzen, mit goldfunkelnden Schlangen umwundene Altäre, oder blosse Lichterscheinungen, Feuer, gelbe Flecken vor den Augen, blaues Licht, Funken und hellen Glanz, helle Sachen, (obwohl sie blind ist) und vor dem Ohre hört sie wie Glockenläuten.

Männer und Frauen, bekannte und fremde Gestalten, Figuren an der Wand, Engel, den lieben Gott selbst; das Antlitz Gottes an der Wand; die Jungfrau Maria; ihr Bett von Herren umringt, sie ist darüber selig; ist je nachdem in der Hölle von Teufeln, im Paradiese von Engeln umgeben; sieht stets Geister um sich; den Geliebten; ihren (todten) Mann, den hält sie daher für lebendig und dies erfreut sie; Vögel, Katzen, viele Pferde und Denkmäler; Geld aus den Aermeln, Goldregen von der Decke fallen; ihre Mutter oben an der Decke sitzen etc.

Sie hören blos nachts (gebietende) Stimmen oder auch am Tage, sie en sich rufen, entweder blos rufen oder um dieses und jenes zu thun; Stimme komme von unten, von aussen, von oben, sind um sie herum himmlische Musik und die Mutter Gottes.

Stimmen heissen sie dies und jenes thun, z. B. sich aufhängen, die A. stillen, zum Manne, zum Bruder kommen; Stimmen rufen ihr zu: Du bist mehr wie Königin; Stimmen entwickeln sich aus Ohrensausen, aus einem Singen im Kopfe und befehlen dann nachts: „Du sollst das und das thun“; auch auf dem Wege hierher sei ihr noch anderes erzählt worden.

Die Brüder und andere martern.

Sie fühlen sich nur Nachts zu nahe getreten, zu schanden gemacht, gemangelt, gemissbraucht, misshandelt, geschlachtet, zerschnitten, den Kopf aufgemacht oder abgeschlagen oder auch am Tage.

Männer packen sie, Leute kommen, die sie begiessen wollen.

Den Körper ganz zerschlagen, alles voll Schleim, den ganzen Körper voll Dreck; man bewirft ihr den Bauch mit glühendem Sande, sie hebt deshalb die Röcke auf.

Millionen Kinder, den Mann, die Tochter bei sich im Bette; einen Mann der ihr die Haut abzieht; den Teufel in sich, Schlangen im Leibe.

Sie ist ein Mann, gar nichts, alles, immer dicker, immer kleiner geworden, jetzt nur noch ein kleines garstiges Ding; alles ist zu Eisen und Stein geworden; sie hat keine Zähne, keinen Hintern etc., die Füsse sind nicht die ihrigen, alles sitzt an der unrechten Stelle.

Sie klagen über Frieren und Brennen.

Männer vollziehen mit ihr den Beischlaf, sie macht Coitusbewegungen.

Farbiger und inhaltreicher werden die Sinnestäuschungen, sind sie combinirt.

Die eine vertheidigt sich eifrig gegen die Stimmen, die ihr dies von oben vorwerfen, und ruft hinauf: „ich habe nicht gestohlen". Sie hat einen Hund in sich, der alles auffrisst, jede Percussion der Brust erzeugt Mitbewegungen in den Armen, diese zucken; die Sensibilität nimmt ab mit der Entfernung vom Stamme, die Füsse gehören ihr schon nicht mehr, sie leidet an Vergiftungswahn und wie es scheint auch an Visionen.

Die andere hört ihren Mann hier kämpfen, kennt diese und jene hier, hat täglich Besuche, hat das Gefühl, als ob in ihr alles zerrissen sei.

Ein grau Männchen heisst eine dritte sich aufhängen, sie schreit: Räuber, Mörder; hat mannigfache Visionen, wird misshandelt.

Gestalten, schwarze und ganz kleine Gesichter, Haubenköpfe, Figuren, „Staturen" sieht eine vierte, Bilder die sie ängsten, viele fremde Gestalten, Schmutz um sich; sie schreit Feuer, hört Stimmen, es mache ihr viel vor, ist geschlachtet, zerschnitten, ihr Kopf aufgemacht.

Die fünfte hört sich zurufen: „thue das und das" und sie folgt dann meist, hört fortwährend um sich plaudern, „erzählen", sie sieht Gestalten und ihre verstorbene Mutter, sie riecht oft Koth (keine Ozaena) und schmeckt alles bitter (kein Mund- oder Magenkatarrh).

Die sechste sieht Feuer, Ungeziefer, Ratten; Mäuse kriechen auf dem Bette herum, sie greift darnach, ruft jubelnd: „hier hab ich sie"; sieht Soldaten vor den Jalousieen; ein Soldat und ein Officier schneiden ihr den Kopf ab; Soldaten üben nachts mit ihr den Coitus aus, ein Unterofficier lässt den Penis in ihr stecken; sie bittet uns ihn herauszunehmen.

Die siebente hört sich schimpfen, sieht Gesichter, Geister, Gespenster, Engel, Menschen, Haubenköpfe etc.; sie spricht mit dem lieben Gott; dieser und Kinder sind unter der Diele; schüttelt sie die Kleider, so fallen

graue Dinge heraus; sie hat nachts 2 Kinder geboren, die schon im Himmel sind; hat Schlangen im Leibe, eine weisse Taube sagt ihr „halte stille“; sie isst ihre Mutter in den Speisen.

Eine Achte hält die Mitkranken für Männer, der Mann spricht durch den Telegraphen zu ihr und sie antwortet ihm so; sie sieht Figuren in den Gegenständen und Gestalten, wenn sie lange hinsieht; sie findet überall Aehnlichkeiten und hat einen „eklichen“ Geruch.

Im Beginne der Krankheit: Nachts kommen Leute in ihr Zimmer und schneiden ihr das Haar ab; Nachlass und Einsicht in diese Täuschung; Verschlimmerung und dieselbe Sinnestäuschung bez. Wahnidee, jetzt thut dies aber der Mann, der Mann bringt Nachts Leute in das Zimmer, die sie zu schanden machen, im Zimmer herumschleifen und vergiften.

Eine neunte: feurige Männer verfolgen und schlagen sie, legen sie in Schnee und dann in heissen Essig; sieht Sachen am Boden; kratzt Gold (Kalk) von der Wand; hält den Strohsack krampfhaft fest, das ist ein Mann; schreit: Wilhelm komm herein; schimpft gegen die Decke hinauf.

Einer zehnten stirbt das Kind, tieftraurig, schlaflos sieht sie dies stets vor sich; bald auch ausser diesem die todte Schwiegermutter; die Trauer wird zur Unruhe, Angst, Umschlag in's Gegentheil, die ängstliche Vision schwindet; nach ihrem Eintritt hier erneutes ängstliches Wesen, sie sieht jetzt den Todtenkopf ihres Mannes an der Wand, hört Stimmen und verfällt in tiefste Niedergeschlagenheit. Mit dieser Versinkung fällt die Temperatur bis auf 35, 34, 33,5° C. bei 14° C. Zimmertemperatur, eine Art Erregung, grössere Beweglichkeit löst diesen Zustand wieder ab, Visionen freudiger Art stellen sich ein, ebenso Stimmen, sie sieht Sachen an der Wand, hört angenehmes, will alles vergolden etc.; die Temperatur steigt wieder aber nur bis 36,2, 36,6 höchstens 37 C.

Eine eilfte sieht die Tochter neben sich, Personen im Zimmer, hört ihre Kinder sprechen, sich rufen, unterhält sich mit ihren Stimmen, sieht ihren Mann mit anderen Mehl stehlen, ein Mann an der Decke streut Mehl auf sie; Fische sind um sie so viele, dass sie sie nur zu fangen braucht, sie koche daher alle Tage Hechte; ihr Mann zieht sich hier mit anderen herum, bestiehlt andere; sie hat im Himmel mit Bekannten getanzt; aus Br. kommen täglich Koffer mit Geld und gutem Essen an sie; sie ist nicht unreinlich u. s. w., das thun andere, der liebe Gott (andere Kranken schoben ihre verkehrten, schlimmen Handlungen Mitkranken zu, Geistern, einem Juden u. s. w., eine sagte ihr Hinterer thue dies, nicht sie etc.).

Eine zwölfte sieht Männer und Weiber im Zimmer, ihren eignen Mann, hört ihre Brüder, die Engel, Gott sprechen, verkennt die Umgebung, findet überall Aehnlichkeiten; schmeckt Gift im Essen; Gott, Stimmen sagen ihr: „sie habe ganze Kessel Zweithalerstücke etc.; sei Königin, sei mehr als Königin“.

Eine dreizehnte träumt freudig, es macht ihr dann viel vor, beim Lesen legt es sich über die Augen, so dass sie das Buch fortlegen muss, Schwindel

allgemeine Hinfälligkeit und Arbeitsunfähigkeit, Irrereden, Tobsuchtsanfälle mit Fantasmen (Engel, Teufel, Paradies, Franzosen) Nachlass; Vergiftungswahn, sieht in jedem einen Mörder, reisst sich die Haare aus, sieht sich von Geistern und Teufeln umgeben und verdammt oder im Paradiese von Engeln; Nachlass mit Kräfteverfall: sie sieht immer grau vor den Augen, (Untersuchung ergiebt nichts), einen Mann vor dem Bette, hat „bösen" Geschmack.

Eine vierzehnte hat in der Dunkelheit einen Engel gesehen, der in Nebel verfloss, die Stimme Gottes gehört, sie hört sie auch hier, alle ihre Entleerungen gehen geruchlos ab, sie verbreitet nur Wohlgerüche um sich.

Was nun die Rückwirkung dieser Sinnestäuschungen auf die Kranken selbst betrifft, so scheinen diese im Allgemeinen ein mehr untergeordnetes Element in den Krankheitsäusserungen zu bilden; wenn sie auch der Ausgang von (Grössen-) Wahnideen sein können und im besonderen einzelnen Fällen sehr activ, so zu sagen, eingreifen. Diese Rückwirkung tritt besonders unangenehm zu Tage in den Angstanfällen, den melancholischen, den hypochondrisch-verrückten Zuständen. Da können die Stimmen die Kranken zu Mord und Selbstmord treiben; da vermitteln zweifellos wohl Geschmackstäuschungen den Vergiftungswahn und führen die verrückten Vorstellungen von Versteinerung und sonstiger Veränderung des Körpers oder der Verneinung von dessen Vorhandensein zu mehr oder minder hartnäckigen Nahrungsverweigerungen. Neben diesen ist der Wahn, der Ehemann, der Geliebte, der wirkliche oder eingebildete, sei da, sei er nun selbstständig entstanden oder das Erzeugniss von Stimmen, — er ist ja immer ein Begleiter oder eine Frucht der geschlechtlichen Erregtheit — eine der störendsten Erscheinungen. Diese Frauen verlangen dann nicht selten stürmisch fort; drängen überall, zu Gewaltthätigkeiten leicht geneigt, hinaus und können für Arzt und Wärterinnen zu Gegenständen ernstester Sorge und Gefahr werden.

Ueberwiegend waren die unangenehmen, widrigen, ängstigenden Sinnestäuschungen: in einzelnen Fällen lösten sie sich in längere Zeit bestehendem Wechsel, sei es in monatlichem, sei es in wöchigem Kreise, die eine dieser oder jener mit adäquaten Sinnestäuschungen, bestimmte Zustandsformen ab. Die Kranke wird steif, regungslos — sie sieht die Jungfrau mit der Strahlenkrone — versinkt in sich, isst nicht, wird unbesinnlich, starrt entzückt oder der Wirklichkeit entrückt vor sich hin — sieht Bilder an der Wand, die sie ängsten —, viel fremde Gestalten, Schmutz um sich; fühlt sich geschlachtet, zerschnitten, der Kopf aufgemacht, Stimmen drohen ihr; sie erwacht allmälig aus ihrer Versunkenheit, erkennt die Umgebung, isst heisshungrig, wird heiter, überselig, prahlsüchtig und äussert Grössendelir (Millionen Kinder, schläft im Himmel mit eisernen Bettstellen zugedeckt, sehr reich, ihr Mann König etc.) — nach acht Tagen beginnt der Kreis von Neuem mit Schwindelanfällen, bisweilen mit Zuckungen und Schaum vor dem Munde. Anfälle tiefster angsthafter mit Stimmenhören verbundener stumpfsinniger Erstarrung wechseln mit gehobener aus sich heraustretender an

die Periode oder deren Zeit gebundener Stimmung. Beide Zustände sind fast gleicher Dauer, in letzterem Zustande eigentliche Sinnestäuschungen nicht nachweisbar, schöne Träume, nächtliche Ausflüge fehlen aber nicht. Bezeichnend war, dass in den stupiden die Temperatur auf 34° C., der Puls auf 40—50 sank trotz gehöriger Zimmertemperatur, die Ernährung schnell abnahm, die Züge verfielen, alle Absonderungen stockten; in den exaltirten die Temperatur und der Puls auf und über die Norm stieg, das Körpergewicht schnell zunahm, die Züge sich verjüngten, das Auge glänzender wurde, sich füllte, die Vorstellungen fliessend wurden und Grössenwahn sich einstellte. *Jung*.

Der 6. *periodische internationale medicinische Congress* — wird vom 7.—13. Sept. in Amsterdam unter dem Präsidio des Prof. *Donders* in Utrecht stattfinden. Für die psychiatrische Section sind folgende Vorträge angemeldet: 1) Ueber die Anwendung von mechanischen Zwangsmitteln in der Psychiatrie. Ref. Dr. *van Andel*-Zütphen. 2) Ueber Aetiologie und Behandlung der Katatonie. Ref. Dr *Donkersloot*-Dordrecht. 3) Ueber Klassification der Geisteskrankheiten. Ref. Prof. *van der Lith*-Utrecht. 4) Wie weit soll die Staats-Aufsicht über Geisteskranke gehen? Ref. Dr. *Ramaer*-Haag. 5) Ueber Geisteskrankheit als Grund zur Ehescheidung. Ref. Dr. *van der Twalme*-Delft. Bei der Anmeldung zum Congress sind 10 Gulden beizufügen, wofür ein Exemplar des Compte-Rendu der Arbeiten in den Sitzungen. Für Mittheilungen dient das General-Secretariat: Dr. *Guye*-Amsterdam.

---

§ 30 *der Gewerbeordnung Betreffs der Privat-Irrenanstalten* — kam im Reichstage zur Verhandlung. Die auch vom Vereine der deutschen Irrenärzte befürwortete Aenderung, wonach auch bei mangelnder Qualität der Anstalt die Concession versagt oder genommen werden kann, erhielt die Zustimmung der Versammlung.

Abg. *Zinn* glaubt, dass in der Regierungsvorlage das Maass innegehalten sei, in dem nach dem Gutachten ärztlicher Kreise der §. 30 einer Aenderung bedürfe. Er wünscht von der Regierung eine Erklärung dahin, dass man von den Privat-Krankenanstalten nur den Nachweis fordern werde, dass in ihnen den Anforderungen der Gesundheitspflege Genüge geschehen könne, dass man aber nicht bestimmte technische Vorschriften für die Anlagen derselben treffen werde.

Der anwesende Regierungs-Commissar gab in diesem Sinne eine Erklärung ab. (Voss Zt. No. 189 1879.)

Personal-Nachrichten.

Dr. *Ideler*, Sanitätsrath und Director der städtischen Pflegeanstalt in Berlin, ist zum Director der neuerbauten städtischen Irrenanstalt in Dalldorf, und

Dr. *Sander*, 2. Arst der städtischen Pflegeanstalt in Berlin und Privatdocent an der Universität, ist zum dirigirenden Arste der Irren-Siechenanstalt in Dalldorf ernannt worden.

Dr. *Dittmar*, Docent an der Universität Bonn, ist als 2. Arzt in die Prov.-Irrenanstalt zu Osnabrück eingetreten.

Dr. *F. Fischer*, bisher 2. Hilfsarzt der Heil- und Pflegeanstalt in Pforzheim, ist zum 1. Hilfsarzt derselben Anstalt,

Dr. *Flügge* aus Göttingen zum 2. Arzt der Provinzial-Irrenanstalt bei Ueckermünde ernannt worden.

Dr. *Wiedemeister*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Osnabrück hat eine neue Privat-Heilanstalt für Nerven- und Gemüthskranke in Ballenstedt am Harz gegründet.

Temperatur-Differenz zwischen beiden Körperhälften vom Rückenmark ausgehend.

Von

Medicinalrath Dr. Tigges,
Director der Heilanstalt Sachsenberg.

(Inhalt: Anfall von Manie vom 27. April an. Depression seit Ende Mai bis Anfang November. Nach circa 14 tägiger völlig freier Zeit seit dem 25. November ein neuer Anfall von Depression mit den charakteristischen nervösen Erscheinungen:

Von Anfang an und beständig waren schmerzhafte Sensationen im Kopf und Gesicht, Armen, Rumpf und Beinen vorhanden, mit im Ganzen vorwiegender linker Seite. Dabei kam theils allgemeine Hauthyperästhesie, theils auch solche an den Nervendurchtrittstellen im Gesicht etc. vor. Ferner Schmerzen im Rücken, Beklemmungsgefühle auf der Brust, Schwindel.

Seit dem 24. December motorische Störungen, zuerst in den Beinen, dann in den Armen, Beben, klonische Zuckungen und tonische Contractionen bis zum Ende des Anfalls. — Von demselben Zeitpunkte an sehr frequente Respiration, von Anfang des Anfalls an Uebelkeit und Erbrechen, vorübergehend trockner quälender Husten. — Von Anfang an und bis zum Ende des Anfalls war Anfalls- respective Exacerbationsweise erhöhte Röthe und Temperatur, meist auf einer Seite stärker ausgeprägt oder ausschliesslich vorhanden, zunächst im Gesicht, seit dem 18. December in den Armen, seit dem 21. December Nachts, seit dem 24. auch Tags in den Beinen. An den Armen und Beinen zeigte das wärmere Glied vermehrte Schweissbildung. Beim Chloralgebrauch ging unter Abnahme der Gesichtsröthe diese von der linken auf die rechte Gesichtshälfte über. Die Axelhöhle zeigte meist links höhere Temperatur (Maximum = 1,9° C.), die bedeckten Hände ergeben mit Ausnahme der letzten Messung (18. Februar, Beginn der Manie) links ein Plus (Maximum 11° R.), die unbedeckten Hände zeigen meist das entgegengesetzte Verhalten. Die Kniekehle zeigt immer ein Plus für

die rechte Seite (bis 2,6° C.). Die Mundhöhle (nur vom 11. Februar ab gemessen) zeigt zwei Mal ein Plus links (bis zu 0,6° C.). — Die Galvanisation hatte auf die vasomotorischen Erscheinungen keinen günstigen Einfluss, einen symptomatisch günstigen auf andere Symptome, keinen auf den Krankheitsverlauf. Seit dem 18. Februar Manie bis Ende Juni. Erörterung über den anatomischen Heerd der Krankheitserscheinungen.)

Marie T., 20 Jahre alt. Stiefbruder Idiot. Plötzlicher Ausbruch von Tobsucht am 27. April 1871, recipirt am 22. Mai 1871 in Marsberg. Nachlass von Manie im Uebergang zur Depression. Lacht noch für sich, hat einige Unruhe, ist kurz ab im Sprechen. Dazwischen und bald ausschliesslich ist sie träger.. Legt sich gern dahin, klagt Kopfschmerzen in der Stirngegend, Müdigkeit in den Gliedern, jetzt auch etwas Druck auf der Brust. Von den galvanischen Strömen am Sympathicus, Kopf und dem aufsteigenden Strom am Rücken (vom 31. Juli bis 16. August; 25. August bis 30. October 1871) wollte sie keine Einwirkung verspüren, doch war sie während dieser Zeit beide Male lebhafter, weniger träge. Seit dem Aussetzen wurde sie beide Male wieder mehr träge, klagte über Kopfschmerzen und Müdigkeit. Nach dem letzten Aussetzen des Elektrisirens wurde sie dann bis gegen den 10. November ganz gut. Ernährung und Appetit waren Anfangs ganz gut, Störungen der Lungen, des Herzens waren objectiv nicht vorhanden.

Seit dem 25. November 1871 bildete sich wiederum ein Depressionszustand aus, der seit dem 8. December eine bedeutende Höhe annahm und dessen Haupterscheinungen in der früheren Verstimmung und Schlaflosigkeit besonders jedoch in schmerzhaften Sensationen im ganzen Körper, in Beben, Zittern und Zucken der Arme und Beine, in sehr frequenter Respiration und in Zuständen vasomotorischer Lähmung, an der linken Seite meist ausgesprochener oder ausschliesslich bestanden. Die Sensationen waren beständig vorhanden, und zwar Kopfschmerzen, welche zuweilen mehr links geklagt wurden, und dann auch mit Druckempfindlichkeit ausschliesslich des linken Foramen supra- und infraorbitale verbunden waren, meist war er gleichmässig auf beiden Seiten verbreitet, mit gleichmässiger Epfindlichkeit der genannten Stellen an beiden Seiten, zeitweise auch der Kopfhaut in grösserem Umfange. Bei stärkerer Ausbreitung wurden auch die Nase oder Ohren oder beide schmerzhaft. Ferner waren von dem Ziehen, oft als Schmerzen bezeichnet, die Arme ergriffen. Im weiteren Verlaufe wurden auch in der linken Thorax- zuweilen auch Bauchseite, bei weiterem Fortschritt und dann beständig, in den Beinen Schmerzen angegeben. Eine sehr oft vorkommende Combination war der rechte Arm, die linke Thoraxseite, das linke Bein. Ferner wurden Anfangs Schmerzen in der mittleren Dorsalwirbelgegend, später im ganzen Verlauf der Wirbelsäule, ferner mit den Respirationsstörungen zusammenfallend, das Gefühl von Beklemmung und Druck auf der Brust angegeben. Gegen Druck empfindlich zeigten sich

der Sympathicus am Halse, besonders links, ferner zeitweise der rechte Ober- und Unterarm, während links nur der Oberarm empfindlich war. Doch verhielt es sich an den Armen auch umgekehrt, sodass der rechte Arm nicht empfindlich, der linke Ober- und Unterarm empfindlich war, aussen und innen, nicht die Hand. Zuweilen war die vordere Thoraxgegend beiderseits, seitlich nur die linke und zwar sehr oft empfindlich. Keine Empfindlichkeit im Epigastrium. Die Beine zeigten zu einer Zeit, wo sie der Sitz von Schmerzen waren, beiderseits oben und unten sich empfindlich. Es wurde ferner über Schwindel geklagt, der in der ersten Zeit zeitweise, besonders Nachts eine bedeutende Höhe annahm, auch zuweilen bei Tage in charakteristischer Form vorhanden war. Nachts die Empfindung, als wenn Alles herumginge, als wenn sie selbst hinfiele, so dass sie sich im Bett liegend, festhalten musste, beim Aufstehen fiel sie wirklich hin. Meist und namentlich bei Tage erreichte der Schwindel nicht einen so hohen Grad, es war ihr dann nur, als wenn im Kopf Alles herumginge. — Von motorischen Störungen ist zunächst Beben in den Gliedern zu bemerken, welches zuerst am 27. December bei der Schliessungsdauer des absteigenden Stromes am Rücken bemerkt wurde und auch nach der Oeffnung so blieb. Sie gab dabei an, es schon einige Mal Nachts gehabt zu haben. In den folgenden Tagen kam es öfter und war am 2. Januar 1872 anhaltend vorhanden, damals nur in den Beinen, nicht Armen, beim Stehen, Sitzen und Liegen. In den folgenden Tagen breitete es sich weiter aus und verband sich mit zuckenden und stossenden Bewegungen. Es fanden im Schultergelenk klonische Adductionen und Abductionen, sichtbare Zusammenziehungen des Pectoralis major, Beugungen im Ellbogen statt. Zu anderen Zeiten fanden sich die zuckenden Bewegungen ebenso oder ausschliesslich in den Beinen, oft waren sie mehr im linken Beine, gleichmässig in beiden Armen vorhanden. Choreaartige Bewegungen kamen nicht vor. Sie konnte die Hand ganz gut auf den Kopf legen, nur durch die zuckenden Bewegungen unterbrochen. Ausserdem kamen zuweilen tonische Contractionen der Glieder vor. Sie gaben sich der Untersuchung durch erhöhte Spannung bei passiven Bewegungen zu erkennen. Sie selbst bezeichnete den Zustand als Steifigkeit. Sie konnte den rechten Arm vor Steifigkeit oft nicht bewegen, oft nicht damit essen. Sie meinte dann, sie könnte ihn wohl allenfalls bewegen, aber es thäte weh. Anfälle dieser Steifigkeit kamen noch im späteren Verlaufe vor. So am 17. Februar Steifigkeit des rechten Arms im Schulter- und Ellbogengelenk, auch Spannung bei passiven Bewegungen, nicht in der Hand und den Fingern. Auch Steifigkeit in den Beinen, bald im rechten, bald im linken, bald beiden. Spannung bei passiven Bewegungen des Kniegelenks. Das Gesicht war oft zu einem unmotivirten Lächeln verzogen. — Seit dem 24. December wurden die Erscheinungen gestörter Respiration bemerkt. Sie war ausserordentlich frequent. Bei einer Pulszahl von 104 wurden am 27. December 120 Respirationen pro Minute gezählt. Die Repirationen waren meist sehr oberflächlich, selten erfolgten

tiefe Inspirationen oft in $^1/_4$ Minute nicht. Auf Auffordern konnte sie einmal tief Athem holen, dann konnte sie es eine Zeit lang nicht. Daswischen durch sprach sie jedoch in längerem Satz und Athem. Um diese Zeit sang sie in der Kirche laut und anhaltend, sie betheiligte sich an einem längeren Spaziergange ohne kurzen Athem zu zeigen. Der Typus der Respiration war costo-abdominal, das Zwerchfell machte seine normalen, wenn auch schwachen Excursionen, eine Spannung war nicht dabei zu entdecken. Später stieg die Frequenz noch bis 160 und 180 pro Minute. Sie war dann ausserordentlich oberflächlich, schwer zu zählen und fielen dann oft die tiefen Athemzüge ganz fort. Ein pfeifendes Geräusch war selten beim Athmen vorhanden. Wenn sie Nachts schlief, so wurde constatirt, dass der Athem ganz ruhig war. Oft wurde sie durch die Athemnoth selbst aufgeweckt. Eine Zeit lang, auch in der ersten Zeit wurde zugleich viel über starkes Herzklopfen dabei geklagt. Sie gab dabei Druck und Beklemmung im Epigastrium an, ein Gefühl, als wenn sie um den unteren Thoraxrand zusammengeschnürt werde. Das Epigastrium und Abdomen waren dabei überall vollständig weich. Einige Tage später gab sie an, das Gefühl, als ob die Brust zusammengeschnürt werde, sei mehr in der Brust, nicht im Epigastrium. Sie gab längere Zeit auf wiederholtes Befragen an, dass sie trotz der Athemnoth und der Beklemmung auf der Brust keine Angst habe. Erst in den letzten Wochen des Anfalls gab sie letztere an, äusserte dann auch Besorgniss wegen ihrer Wiederherstellung. Ihr Gedankengang war ganz geordnet und von ihrer mässigen Verstimmung nur wenig beeinflusst. — Zu den von Anfang an auftretenden und fast beständig sich erhaltenden Symptomen gehörte noch Uebelkeit und öfteres Erbrechen. Der Appetit war meist sehr gering. Nach der Hälfte des December stellte sich ein trockner, oft anhaltender, sie quälender Husten ein, der bis zum 8. Januar 1878 verschwunden war.

Zu den constantesten Erscheinungen dieses Anfalls, von Anfang an bestehend und bis zuletzt dauernd, gehörten solche des vasomotorischen Systems, Röthe und vermehrte Wärme, meist auf einer Seite stärker ausgeprägt oder ausschliesslich vorhanden. Die Höhe dieser vermehrten Röthe und Wärme subjectiv und objectiv ist deswegen für verschiedene Zeiten nicht leicht zu vergleichen, weil sie in Anfällen und Exacerbationen auftrat. Diese fanden mit Vorliebe des Nachts, jedoch auch bei Tage statt. Anfangs war die Erscheinung nur am Kopf vorhanden, dann ging sie auf die Arme und zuletzt auf die Beine über. Von Anfang an war das Gesicht anhaltend geröthet, die linke Backe mehr, sie gab vermehrte Hitze in der ganzen linken Kopfhälfte an. Die Augen zeigten sich nicht ergriffen. Die Pupillen waren stets über Mittel weit, stets die linke enger als die rechte. Seit dem 18. December war auch die linke Hand wärmer und röther als die rechte (objectiv zu constatiren), seit dem 21. December zuerst auch das linke Bein wärmer als das rechte, Anfangs nur Nachts über, seit dem 24. December auch Tags über zu constatiren. Mit dieser vermehrten Hitze ging am linken Arm und Bein auch vermehrte Schweissbildung einher. Zur Beurtheilung

einer Episode in dem Verhalten dieser Gefässerweiterung muss hier auf einige therapeutische Eingriffe eingegangen werden. Wegen des sehr quälenden, trocknen Hustens wurden seit dem 28. December Abends Chloroformeinathmungen angewendet. Die Respiration war während der Einathmung gleich frequent und etwas eng (mit einem pfeifenden Geräusch). Von 11 Uhr ab Abnahme des Hustens, auch war die Respiration besser bis 3 Uhr Morgens. Ebenso war sie in den folgenden Tagen nach Chloroformeinathmungen oft einige Stunden lang besser. Es wurde mit Rücksicht auf diesen Erfolg (und damals noch herrschende Anschauungen) vom 1. Januar 1872 ab Chloralhydrat Anfangs Abends zu 2,0 gereicht. Sie schlief dann in der folgenden Nacht besser, wurde drei Mal wach, eine viertel bis eine halbe Stunde lang mit kurzem Athem, Beben in den Gliedern etc. Man musste dann zur Erzielung desselben Erfolges etwas steigern. Sie bekam Abends 3,0 und Tags über 1 Mal, selten 2 Mal 1,0 mit dem Erfolg, dass sie auch bei Tage eine Stunde hinterher schlief. Während der Behandlung nahm der Husten ab und hörte seit dem 8. Januar gänzlich auf. Ferner wurde eine Zeit lang, später nicht mehr, das Beben und Zucken günstig beeinflusst. Die günstige Wirkung auf den nächtlichen Schlaf trat bald weniger hervor. Dagegen änderte sich jetzt die Seite der Gesichtsröthe. Bereits in den ersten Tagen des Chloralgebrauchs wurde allerdings noch vermehrte Hitze und Röthe des linken Ohrs, dagegen schon stärkere der rechten Stirnhälfte beobachtet. In den folgenden Tagen bis zum 10. Januar war meist die rechte ganze Gesichtshälfte mehr roth als die linke. Eine Erhöhung der Gesichtsröthe im Ganzen fand nicht statt. Im Gegentheil war sie um diese Zeit zeitweise schon geringer. Da um diese Zeit der Schlaf weniger gut war, die anderen Erscheinungen nicht günstig beeinflusst wurden, so wurde Chloral ausgesetzt.

Eine Messung der Temperatur auf beiden Seiten, welche zum grössten Theil erst von Anfang Februar an stattfand, ergiebt die folgende Tabelle. Wo keine Zeit angegeben ist, fand die Messung Morgens von 10 Uhr ab statt. Sie geschah mit einem und demselben Geissler'schen Celsius Maximum-Thermometer mit Ausnahme der Hände, für welche dasselbe, da es unter 29° keine Eintheilung hat, nicht ausreichend war. Für diese fand sie mit einem und demselben Réaumur Bade-Thermometer statt. Um für die Hände bei den langen Messzeiten eine gleichmässige Umschliessung zu erzielen, wurden sie, nachdem sie die Thermometer-Kugel umfasst, mit einem dünnen Bändchen, das die gleichmässige Lage der Finger sicherte, umschlossen. Zur Messung in der Kniekehle wurde das Bein im Kniegelenk gestreckt, die Kugel dicht unter die Kniekehle, darunter zunächst eine Schicht Watte gelegt und das Ganze mit einem Tuche gleichmässig und sorgfältig befestigt. Sämmtliche Messungen wurden in der Bettlage ausgeführt.

Datum.	Axelhöhle.	Zeit-dauer.	Hände bedeckt.	Zeit-dauer.	Hände unbedeckt.	Zeit-dauer.	Knie-kehle.	Zeit-dauer.	Mund-höhle.	Zeit-dauer.	Gehör-gang.	Zeit-dauer.	
			Celsius.										
5. Januar 1872.	rechts 35,0	30′											Puls 24 in $^1/_4$ Minute. Respirationen 32 in $^1/_4$ Minute. Linke Backe geröthet, rechte Pupille erweitert.
„ „	links 36,9	30′											
30. Januar	rechts		30,45		unter 29 d. h. nicht zu bestimmen.								
„ „	links		35,8		30,45	(40′)							
			Réaumur.										
1. Februar	rechts 37,25	25′			19,5	25′ (45′)							Nachts und einige Mal bei Tage Hitze an beiden Seiten, an Händen und im Kopf.
„ „	links 37,4	30′			18,0	30′ (60′)							
„ „					dann wieder rechts 19,5	25′							
„ „					dann rechts 20,0	20′ (90′)							

4. Februar	rechts 36,8	30′	23,0	30′									Nachts starker Schwindel.
„ „	links 37,1	30′	24,5	30′									
6. Februar	rechts 37,0	20′	22,0	30′	20,0	20′ (40′)	32,95	30′					
„ „	links 37,0	30′	24,0	20′	16,5		30,35	20′					
9. Februar	rechts 36,725		24,5	20′	20,25	20′ (40′)	33,4						In den letzt. Tagen Verschlimmerung Hitze etc., gleich nach d. Essen. P. 23. Respirat. 39?
„ „	links 37,2	20′	27,0	20′	20,0 (nahe)	30′	31,55	(20′)					
10. Februar	rechts 36,8		17,0		17,5		33,8						
Abends 5 1/2 Uhr.	links 37,3		(Vielleicht nicht gut bedeckt.) 28,0		27,0		32,25						
11. Februar	rechts 36,8	30′	25,0	30′	19,3				37,0	15′	36,8	15′	
Morgens	links 37,05	30′	27,0	30′	23,0				36,95	15′	35,9	15′	
Abends 5 Uhr	rechts 36,9		29,0		29,0	30′			36,75				
	links 36,85		29,5		28,75	30′			36,75				
			(ob gut bedeckt?)		dann wieder: rechts 28,0	30′ (90′)							
13. Februar	rechts 37,0	30′	30,0 (nahe)	30′	28,5	30′			37,15	15′			
Morgens	links 37,25	30′	30,0	30′					37,25	15′			
Abends 5 Uhr	rechts 37,2	30′	29,0	30′	29,5	30′	33,7	15′	36,3	15′			
	links 37,2	15′	30,0	30′	28,0	45′	31,7	15′	36,9 (nahe)	15′			
					28,5	30′							
18. Februar	rechts 37,35	30′	30,0	30′	29,5	25′	33,7	10′	36,95				
	links 37,5 (nahe)	30′	22,5	30′	24,0	25′	31,7	10′	36,9				

Die Temperatur der Achselhöhle ist meist links etwas höher. Die grösste Differenz (1,9° C.) war bei der ersten Messung am 5. Januar vorhanden, bei welcher die 35° C. rechts auffallend sind, die folgende grösste von 0,5 ergiebt sich zu einer Zeit, die auch für die anderen Stellen auffallende Eigenthümlichkeiten aufzeigt, Abends am 10. Februar. Einmal sind jedoch Morgens, zweimal Abends beide Seiten gleich oder fast gleich, wo Morgens das Plus links war. — Die bedeckten Hände ergeben — mit Ausnahme der letzten Messung links eine höhere Temperatur bis zu 5° R., ein Mal bis zu 11°. Letzteres an dem erwähnten Abend des 10. Februar. In den letzten Tagen war der Unterschied weniger gross, als vorher. — Die unbedeckten Hände ergaben fast immer rechts eine höhere Temperatur mit Ausnahme des erwähnten 10. Februar, sowie auch des 11. Februar Morgens. Die Unterschiede sind meist nicht ganz so bedeutend, als bei bedeckten Händen. — Die Kniekehle ergiebt immer ein Plus für die rechte Seite bis zu 2,6° C. auch zu den Zeiten wo Achselhöhle und Hände, letztere auch unbedeckt, sowie die Mundhöhle die grössere Wärme links haben.

Die Mundhöhle zeigt, wenn man Unterschiede von $^1/_{20}$ Grad ausser Acht lässt unter 5 Messungen zwei Mal, und zwar beide Mal am 13. Februar, ein Plus für die linke Seite (bis zu 0,6° C.), drei Mal Gleichheit. Die einzige Messung des äusseren Gehörganges am 11. Februar ergiebt ein Plus für die rechte Seite, während zu dieser Zeit die Mundhöhle Gleichheit, Achsel und Hände ein Plus für die linke Seite zeigten. — In Beziehung des auffallenden Ueberwiegens der Temperatur der rechten Hand am 18. Februar ist die allgemeine Aenderung des Zustandes zu jener Zeit hervorzuheben. Es wurde bereits am 17. Februar entgegen dem Verhalten der früheren Zeit die rechte Gesichtshälfte röther gefunden, die rechte Hand zeigte mehr Schweiss. Es waren an diesem Tage die Arme nicht mehr livide, während sie dies früher beständig, oft auch dann waren, wenn die Temperatur sich niedrig zeigte (auch das Gesicht zeigte oft vermehrte Röthe ohne erhöhte Temperatur). Am 18. Februar waren bereits Anfänge eines maniakalischen Zustandes vorhanden, am 19. Februar noch mehr, die erhöhte Röthe und Wärme war jetzt viel geringer. Zu bemerken ist noch, dass der Puls, besonders im späteren Verlaufe weich und klein war. — Zur Vervollständigung mag gleich angeführt werden, dass der unmittelbare Einfluss des constanten Stromes auf die vasomotorischen Störungen kein günstiger war. Nur vom Strom quer durch die Processus mastoidei schien es, als wenn der Kopf etwas kühler geworden wäre. Nach dem absteigenden und dem aufsteigenden Strom am Rücken, Rücken-Sympathicus, auch schwachen Strömen, ferner solchen vom Nacken zum Manubrium etc. zeigte sich keine Besserung. Einige Mal unmittelbar oder eine Zeit lang nach dem Elektrisiren wurde die Hitze und Röthe des Kopfes grösser, während eine überheizte und schwüle Stube auch beschuldigt werden muss. Am 19. Januar war die rechte Backe röther, als die linke, nach dem absteigenden Strom am Rücken war dann die linke röther als die rechte.

Was die Erfolge der Behandlung betrifft, soweit sie noch nicht erwähnt sind, so wurden im December Schröpfköpfe an die untere Dorsalgegend gesetzt, wo sie um diese Zeit mehr Schmerzen klagte, mit nachfolgender Erleichterung hier. Am 16. Januar wurden Schröpfköpfe oben am Rücken applicirt, mit Besserung der Schmerzen hier, ohne dass sie verschwanden. Morphium innerlich und in Einspritzungen zeigten sich von keinem Erfolg.

Zur Beurtheilung des Einflusses der einzelnen Application des constanten Stromes auf Respiration und Puls möge folgende Zusammenstellung dienen (galvanisirt wurde sie jetzt vom 18. December 1871 bis zum 26. Januar 1872).

Datum.	Zahl vor dem Elektrisiren der Respirationen pro Minute.	Zahl vor dem Elektrisiren der Pulse pro Minute.	Art der Applicationen.	Zahl nach dem Elektrisiren der Respirationen pro Minute.	Zahl nach dem Elektrisiren der Pulse pro Minute.
2. Jan. 1872	168—180		absteigender Strom am Rücken, 2 Elemente, Rücken-Sympathicus, 2 Elem.	140—150	
8. „	120	96	absteig. Str., Rücken 6 bis 10 Elem.		
10. „	160—168	104—108	aufsteig. St. a. Rücken, 10 Elem.	140—148	116
12. „	160	108	absteig. Str. a. Rücken, 6 Elem.	SD. 144 nach 1/4 St. 128	96
17. „	136		absteig. Str. a. Rücken, 10 Elem.	120—136	
19. „	128		absteig. Str. a. Rücken, 6 Elem.	144	
22. „	148	100—104	Rücken —Brust, 6 Elem.	120	88
26. „	128	96	absteig. Str. a. Rücken. 6 Elem. Strom quer durch die Processus mastoidei, 2 Elem.	108—112	84

Es ergiebt sich daher mehrfach in Folge des Elektrisirens eine Abnahme der Respirationen, ebenso mehrfach eine Abnahme der Pulszahl. — Die Applicationen waren absteigender Strom am Rücken, aufsteigender Strom am Rücken, Rücken — Brust, auch noch die Verbindung mit einer anderen Application. Meist war die Abnahme noch nach einiger Zeit zu constatiren. Am 26. Januar war jedoch bald nachher die Zahl der Respirationen wieder 128, die Pulszahl 84. Sie selbst gab auch subjectiv einige Mal ein Besserwerden der Athemnoth an, so am 12. Januar. Der Athem sei

nicht so beengt. Ebenso am 22. Januar der Athem sei besser, oder sie gab nicht unmittelbar, aber nachher Stunden langes Freisein auf der Brust an, so am 15. Januar (zuerst aufsteigender Strom, dann absteigender Strom am Rücken, sechs Elemente. Dies wiederholt. Zu anderweitigen Erscheinungen gehörte einige Mal bei Application an der Halswirbelsäule bei schwachen Strömen vermehrter Schwindel während der Schliessungs-Dauer und nachher, später bei stärkeren Strömen nicht, einige Mal vermehrtes Beben und Zucken während der Schliessungs-Dauer, so am 15. Januar. Regelmässig wollte sie nach Application am Rücken hier leichter sein, war ferner oft Stunden lang in ihren subjectiven Beschwerden nach dem Elektrisiren einige Stunden leichter. Oft wurde constatirt, dass sie in der Nacht nach dem Elektrisiren besser schlief, als in den folgenden, auch als sie z. B. anhaltend Chloral 3,0 nahm. Zu der Zeit, wo sie den Husten hatte, blieb dieser aus bei Strömen an der Halswirbelsäule während der Schliessungs-Dauer, kam dann wieder, jedoch weniger, zum Theil viel weniger als vor dem Elektrisiren. Dies wiederholt beobachtet.

Was den Verlauf unter der Behandlung betrifft, so konnte ein bestimmter Erfolg von keiner Behandlung constatirt werden. Die Heftigkeit der Erscheinungen nahm Anfangs unter dem Elektrisiren noch zu. Seit dem 8. Januar (Chloralgebrauch seit dem 1. Januar) war eine Remission vorhanden, die Hitze, Respirationsfrequenz, das Beben und Zucken der Glieder war oft wenig vorhanden, während die Rückenschmerzen, der Druck auf der Brust, beschleunigte Respiration, zeitweise Hitze, Beben und Zucken der Glieder noch vorhanden war. Seit dem 25. Januar wieder Verschlimmerung, doch wurde die Höhe der früheren Zeit nicht erreicht. — Nach dem Aussetzen des Elektrisirens setzten sich dieselben Schwankungen unter Abnahme der Erscheinungen im Allgemeinen fort. Einige Symptome, Empfindlichkeit des ganzen Körpers, Steifigkeit erreichten jetzt ihre Höhe. Seit dem 18. Februar wurde sie verändert, sprach unmotivirt $^1/_4$ Stunde lang lebhaft mit sich, ähnlich am 19. Februar. An diesem Tage war es mit allen Erscheinungen besser, mit der Hitze, Angst, sie hatte einige Unruhe, wenig Zucken und Beben. Seit dem 20. Februar Manie, die bald eine sehr bedeutende Höhe annahm, zerriss, zerstörte, machte Schmutzereien, sehr ideenflüchtig und unbesinnlich, schlaflos etc. Von den früheren peripheren Störungen waren nur noch Andeutungen vorhanden. Die Pupillen anhaltend viel enger, unter Mittelweite, namentlich bei dunkler Beleuchtung, die rechte noch weiter. Die Respiration schwer zu constatiren, doch eher seltener als normal, z. B. am 23. Februar Respiration 8—24 pro Minute, Puls 92; am 10. März Respiration 16, Puls 108. Selten wurde Hitze gefunden, nie geklagt. Am 27. Februar sehr erregt, Kopf mässig warm, beide Hände gleich roth und warm. Am 28. Februar starke Hitze an der rechten Backe und den Händen. Am 2. März Zittern der Arme und Beine, rechte Hand livid, linke blass, beide kalt. — Die letzten Spuren der Manie hielten bis zum Ende Juni an, wo sie nur zuweilen etwas unsteter und erregter war,

bei der Arbeit im Garten einmal Kopfschmerzen und Hitze im Kopf klagte. Im Juli ganz gut, ordentlich und einsichtig. Ernährung hat wieder sehr zugenommen. Von den früheren Erscheinungen ist nur eine geringe Ungleichheit der Pupillen in der früheren Richtung geblieben.

Der anatomische Heerd für die angegebenen sensiblen, motorischen und vasomotorischen Erscheinungen lässt sich nicht anderswohin, als in das Rückenmark mit Einschluss der Medulla oblongata verlegen. Abgesehen von den schmerzhaften Sensationen in der Wirbelsäule, ihrer Druckempfindlichkeit, der bessernden Einwirkung der Schröpfköpfe an der Wirbelsäule, mögen noch speciell folgende Thatsachen in dieser Beziehung hervorgehoben werden.

Zunächst die mehr oder weniger schmerzhaften Sensationen mit Druckempfindlichkeit der betreffenden Nervenstämme am Kopf, bei höherer Intensität des Processes sich auf die Nase und Ohren erstreckend, sich weiter nach abwärts auf die Arme vertreibend, in weiterem Verlauf auf Thorax und Bauch, zuletzt auch auf die Unterextremitäten übergehend. Es waren beide Seiten ergriffen, oft in verschiedenem Grade, oft von einer Seite zur anderen übergehend. In charakteristischer Weise blieben die Hände, oft die Vorderarme einer oder der anderen Seite frei. Es erinnert diese Verbreitung an die Congruenz, welche nach *Türk* und *Voit* zwischen der Mosaik der peripherischen Verbreitungsbezirke der sensiblen Nerven und der entsprechenden Gliederung des Rückenmarksgraues stattfindet, so dass der Process im vorliegenden Fall diejenigen Nervencentren nicht ergriffen resp. schon verlassen hat, welche in ihrer peripherischen Projection sich intact oder wieder intact geworden zeigten. Man kann daher als anatomischen Heerd für diese schmerzhaften Sensationen, Hyperästhesie der Haut- und Nervenstämme nur das Rückenmark beschuldigen. Die obere Grenze ist im Beginn durch die Gegend der Quintuskerne gegeben, es erfolgt die Verbreitung abwärts bis zu den äussersten Grenzen der Heerde für die Unterextremitäten.

In motorischer Hinsicht ist das Zittern der Glieder zu bemerken, zu dem sich bald klonische Zuckungen und zuweilen tonische Contractionen gesellen. Sie zeigten sich zuerst in den Beinen und zwar um die Zeit, wo die sogleich zu besprechende

Hyperämie dauernd auf die Beine übergegangen war, und verbreiteten sich erst nach einer Reihe von Tagen auch auf die Arme. Als eine Verbreitung weiter nach oben ist wohl die Gesichtsverziehung zu einem unmotivirten Lächeln anzusehen. In Bezug auf die Lokalisation dieses Zitterns etc. ist *Freusberg* anzuführen (Ueber das Zittern. Archiv für Psychiatrie etc. 6, Seite 68): „man wird im Zittern nichts weiter sehen, als einen bestimmten, geringen Thätigkeitszustand der allüberall im Centralorgan angeordneten nächsten Rückenmarks-Innervationsheerde der quergestreiften Muskulatur", ferner S. 65, dass in vielen Fällen der Zitterkrampf, klonische und tetanische Krämpfe nur als graduell verschiedene Entladungen von central entstehender Innervationskraft anzusehen sind. Man hat demnach als Ursprungsstelle dieser motorischen Symptome die graue Rückenmarkssubstanz in der Hals- und Lendenanschwellung zu betrachten. Die Gesichtsverziehung lässt auch den Facialiskern in den Krampfbereich einbezogen erscheinen. Das zeitliche Zusammenfallen des Beginnens des Zitterns der Beine mit der dauernden Hyperämie derselben (circa am 24. December) legt den Gedanken nahe, dass die vorauszusetzende Hyperämie der betreffenden Rückenmarksstellen ein begünstigendes Moment für das Zittern der Muskelgruppen sei, welche von jenen Stellen ihre Innervation beziehen. — Sehr hervortretend war im Krankheitsbilde die ausserordentlich frequente Respiration. Ihr Auftreten fällt der Zeit nach mit dem Zittern zusammen (24. Dec.). Nach dem Symptomenbilde ist anzunehmen, dass das Respirationscentrum im Ganzen, nicht etwa blos in der In- oder Exspiration oder im einzelnen bei der Respiration betheiligten Muskeln ergriffen war. Für den oberflächlichen Charakter der Neurose legt Zeugniss ab, dass Patientin gelegentlich in längerem Satz und Athem sprechen, laut singen, einen längeren Spaziergang machen konnte. Bemerkenswerth ist, dass die bedeutende und lange anhaltende Respirationsstörung mit den Folgen von Beklemmung und anderen Sensationen im Thorax nicht zu dem Gefühl von Angst führte. Als anatomischen Sitz für die Respirationsstörung, für das Herzklopfen, Erbrechen, trocknen Husten kann man nur das Vagus-Centrum in der Medulla oblongata beschuldigen.

Die vasomotorischen Abnormitäten waren von Anfang bis zu Ende des vorliegenden melancholischen Anfalls anfalls- resp. exacerbationsweise vorhanden. Die erhöhte Röthe und Temperatur, meist auf einer Seite stärker ausgeprägt oder ausschliesslich vorhanden, war zunächst im Gesicht zu constatiren, seit dem 18. December an den Armen, seit dem 21. December Nachts, seit dem 24. December auch Tags an den Beinen. An den Armen und Beinen zeigte das wärmere Glied vermehrte Schweissbildung, beim Uebergang der Röthe auf das entgegengesetzte Glied schwitzte dann dieses. Beim Chloralgebrauch ging unter Abnahme der Gesichtsröthe im Ganzen diese von der linken auf die rechte Seite über, um nach dem Aussetzen des Chlorals wieder nach links zurückzukehren. Die Axelhöhle zeigte meist links erhöhte Temperatur (Maximum 1,9 C.). Die bedeckten Hände ergaben mit Ausnahme der letzten Messung (am 18. Februar) links ein Plus (Maximum 11° R.), die unbedeckten Hände zeigen meist ein entgegengesetztes Verhalten. Die Kniekehle zeigt immer ein Plus für die rechte Seite (bis 2,6° C.). Dies zeigt sich auch um die Zeit, wo die übrigen gemessenen Stellen das ausgeprägteste Plus für die linke Seite ergaben, nämlich am 10. Februar Abends: In der Axelhöhle ist die linke Seite 0,5° C., an den bedeckten Händen jetzt auch ausnahmsweise um 9,5° R., an den Kniekehlen dagegen die rechte Seite um 1,55° C. wärmer. — Mit der Aenderung des Zustandes in einen maniakalischen (18. Februar) änderte sich das Bild der Gefässlähmung. Bereits am 17. wurde, entgegen früher, die rechte Gesichtshälfte röther gefunden, die rechte Hand zeigte mehr Schweiss. Am 18. wurde auch, entgegen dem ganzen bisherigen Verhalten, für die unbedeckte rechte Hand ein Plus von 7,5° R. constatirt. Am 19. hatte die Röthe abgenommen und war dann nur noch andeutungsweise vorhanden.

Die Gemeinsamkeit des Vorkommens dieser vasomotorischen Abnormitäten mit den eben erörterten sensiblen, motorischen, Respirations- etc. Symptomen lässt schon von vorn herein den mit jenen gemeinschaftlichen, anatomischen Krankheitsheerd voraussetzen. Man wird ihn auch ohnehin wegen der allgemeinen und nicht gleichmässigen Verbreitung über die

ganze Körperoberfläche nicht anderswo suchen können, als in den nächsten allgemeinen Innervationsheerden für die vasomotorischen Nerven, nämlich im Rückenmark von der Lendenanschwellung an bis hinauf inclusive der Medulla oblongata. Es drängen sich bei Betrachtung der vorliegenden Krankheitserscheinungen eine Reihe von Vergleichen auf mit den Resultaten der Durchschneidung peripherer Nerven und des Rückenmarks. Zunächst stimmt in unserem Falle die beträchtliche, lange zu constatirende Temperaturdifferenz der Hände bis 11° R. mit den Resultaten der Durchschneidung des Nervus sympathicus etc. bei Hunden etc., während *Eulenburg* und *Landois* bei Zerstörung bestimmter Theile der Hirnrinde für gewöhnlich nur Differenzen von 1,5—2° C. fanden. Dies stimmt auch zu dem Verhalten bei evidenten Gehirnläsionen (*Nothnagel,* Krankheiten des Nervensystems S. 111). Durch Aether- und Chloroforminhalation erniedrigt sich die Temperatur auf der Seite, wo der Sympathicus durchschnitten ist (*Cl. Bernard*), bis unter die gesunde Seite (*Legros* und *Onimus*, *Schmidt's* Jahrb. 1869, S. 156). Während der vorhergehenden Chloroformirung wurde dies Verhalten in unserem Falle nicht beachtet, dagegen liegt die vollständige Analogie mit der Einwirkung des Chlorals vor, während dessen die Gesichtsröthe von der linken auf die rechte Gesichtshälfte überging bei im Ganzen abnehmender Gesichtsröthe. Hier reagiren demnach die vasomotorischen Nerven der linken Gesichtshälfte ebenso als von ihrem Centrum ausgeschaltete. — Nach *Claude Bernard* treten bei Thieren, denen der Sympathicus durchschnitten ist, in der Kälte etc. besonders starke Differenzen zwischen der verletzten und gesunden Seite hervor. Dies findet in unserem Fall nur ausnahmsweise statt. Am 11. Februar Morgens fällt die Temperatur der bisher bedeckten rechten Hand, nachdem sie unbedeckt war, von 25° R. auf 19,3, also um 5,7° R., während die der wärmeren linken von 27° auf 23°, also nur um 4° fällt. Dies stimmt also zu jenem Thierversuch, dagegen nimmt am 10. Februar Abends die Temperatur der kälteren rechten Hand von 17° auf 17,5, daher um 0,5° R. zu, während die der wärmeren linken von 28° auf 27°, daher um 1° R. abnimmt. Dies und dass bei unbedeckten Händen im Gegensatz

zum Verhalten bei bedeckten an der rechten Hand die Temperatur meist höher war, beweist, dass das betreffende locale Innervationscentrum im Rückenmark seinen regulirenden Einfluss geltend macht und dass die Analogie eines von seinem Centrum getrennten vasomotorischen Nerven hier nicht statt hat[1]). Dieselbe Regulirung vom Centrum aus beweist der Wechsel des Verhaltens, wie er von Tag zu Tag, von Morgen zu Abend, der, welcher in Folge Eintritts des maniakalischen Zustandes, der dadurch bedingten Aenderung der allgemeinen Innervation stattfand. — Die Gefässnerven des Rumpfs und Oberschenkels kreuzen sich nach allgemeiner Annahme mit den übrigen Gefässnerven derselben Seite. Hierin könnte man den Grund zu unserer Beobachtung suchen, dass die Kniekehle immer rechts das Plus zeigte, bei meist entgegengesetztem Verhalten der Achselhöhle, der bedeckten Hände und des Gesichts. Doch hat diese Erklärung ihre Schwierigkeiten, da vorauszusetzen ist, dass jene Kreuzung nur den Verlauf der vasomotorischen Nervenfasern, nicht ihren Ursprungsganglienzellen zukommt. Man wird wahrscheinlich die Kreuzung der Symptome in einer Kreuzung des anatomischen Sitzes suchen müssen. — Bei dieser Beziehung der vasomotorischen Abnormitäten auf das Rückenmark wird man, um die Differenz beider Seiten zu erklären, immerhin ein den Systemerkrankungen ähnliches Verbreitungsgesetz des Krankheitsprocesses innerhalb der Rückenmarkssubstanz annehmen müssen. Die linke Pupille war anhaltend enger als die rechte. Dies entspricht der linksseitigen Lähmung der vasomotorischen Nerven nach der Zusammensetzung des Sympathicus. Doch ist dieser Umstand nicht weiter verfolgt, da die Pupille dem Wechsel der vasomotorischen Innervation nicht folgte.

So liegt für die sensiblen, motorischen, vasomotorischen, Respirations- etc. Störungen ein einheitlicher, wenn auch sehr ausgedehnter Heerd vor. Er umfasst das gesammte Rücken-

---

[1]) Dagegen würde die einfache physiologische Analogie mit dem Verhalten der Wärme bei zerquetschtem oberen Cervikalmark vorliegen, indem die dann sinkende Temperatur (bei nicht sorgfältiger Einhüllung der Thiere) als durch die vermehrte Wärmeabgabe der erweiterten Hautgefässe bedingt angesehen wird. (*Leyden*, Rückenmarks-Krankheiten. S. 152.)

marksgrau mit Einschluss der Medulla oblongata in den vorderen und hinteren Hörnern. Die Einheitlichkeit schliesst die Differenzirung je nach den ergriffenen Körpertheilen und je nach der symptomatologischen Bedeutung der einzelnen Centralstellen nicht aus. Es trat im Krankheitsbilde vielfach hervor, dass die sensiblen, motorischen und vasomotorischen Symptome bezüglich der Seite und Höhe nicht zusammenfielen. Mit den sensiblen Symptomen, welche so oft als wesentlich im Bilde melancholischer Zustände auftreten, rangiren die vasomotorischen im vorliegenden Falle vollkommen gleich, insofern beide von Anfang an bis zum Ende durch den ganzen Verlauf hindurch sich geltend machten, um beim Eintritt des maniakalischen Zustandes, den Charakter reiner Innervationsstörung documentirend, fast oder ganz zu verschwinden.

Indem die vasomotorischen Abnormitäten des vorliegenden Falles auf das Rückenmark als ihre Ursprungsstelle bezogen sind, findet ein Gegensatz statt zu den Ausführungen *Ripping*'s, welcher (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 34, S. 643) mit Rücksicht auf die Experimente und Ergebnisse von *Eulenburg*, *Landois* und *Hitzig* in einer Reihe von Fällen für die halbseitig differenten peripheren Temperaturen die Grosshirnrinde in Anspruch nimmt. Unser Fall unterscheidet sich von den Fällen *Ripping*'s dadurch, dass in ihm die Temperatur-Differenz beider Seiten viel bedeutender, mit ausgedehnterer Verbreitung und im Vergleich zum grössten Theil jener Fälle viel andauernder ist, dass die abnorme Röthe und Wärme sich als wesentliche Erscheinung im Krankheitsbilde sofort aufdrängt, ferner dass bei ihm vermehrte Röthe und Schwitzen dem Orte nach zusammen, in *Ripping*'s Fällen nicht zusammenfällt, denn durch die enge Verbindung mit sensiblen, motorischen etc. Symptomen etc.

Atropin-Psychose.

Von

Paul Kowalewsky,
Docent der Psychiatrie und Ober-Arzt des Charkoff'schen Gouvernements-Landschafts-Hospitals.

Der Gebrauch von Atropin in der medizinischen Praxis gehört der neueren Zeit an, nämlich theilweise der Therapie, theilweise der Ophthalmologie. Was den Gebrauch des Atropins in der therapeutischen Praxis anbelangt, so kommt dasselbe hier verhältnissmässig selten zur Anwendung, immer aber mit grosser Vorsicht und in kleinen Dosen. Etwas anders verwenden die Ophthalmologen das Atropin. Fast der vierte Theil aller Augenkranken gebrauchen einen Tropfen Atropin für das Auge und in quantitativer Hinsicht ist der Gebrauch des Atropins bei den Ophthalmologen bedeutend stärker als bei den Therapeuten.

Es ist daher nicht zu verwundern, dass sich den Ophthalmologen verhältnissmässig nicht selten Fälle von acuter Vergiftung durch Atropin darbieten, natürlich nicht immer in gleichmässiger Entwickelungsstufe. Das nicht genug. Zuweilen verordnen die Ophthalmologen selbst den Gebrauch von Atropin bis zu den ersten Anzeichen von Vergiftung, als da sind: Trockenheit im Munde u. s. w. Deshalb sind auch die Ophthalmologen mit allen, wenigstens anfänglichen Anzeichen einer acuten Vergiftung durch Atropin sehr gut vertraut.

Diese Vergiftung kann in Folge verschiedener Umstände eintreten: einerseits kann sie die Folge eines zu starken Ge-

brauchs von Atropin sein, andererseits aber kommen Fälle vor, wo sich Anzeichen einer Atropin-Vergiftung schon nach dem Genusse einer ganz unbedeutenden Dosis von Atropin einstellen. In den letzteren Fällen nimmt man eine besondere Idiosynkrasie des betreffenden Individuums für Atropin an. Derartige Fälle sind nicht neu und der Mehrzahl der Ophthalmologen genügend erinnerlich.

Das Bild einer acuten Atropin-Vergiftung ist der ganzen medizinischen Welt zu gut bekannt, als dass ich nöthig hätte, eine Beschreibung desselben zu wiederholen. Allein es giebt Fälle, welche der gewöhnlichen Form dieser Krankheit weder ihrer Entstehung noch ihrem Auftreten nach eingereiht werden können. Derjenige Complex von Symptomen, welchen ich Gelegenheit hatte zu beobachten und welcher den Inhalt dieser Mittheilung bildet, besteht hauptsächlich aus psychischen Anomalien, während in den meisten Fällen bei acuter Atropin-Vergiftung psychische Leiden zu Tage treten. Der Fall, welchen wir hier im Auge haben, stellt an sich eine Psychose dar, welche ihre eigenartigen Anzeichen und ihren eigenartigen Verlauf hat, weshalb wir sie auch Atropin-Psychose benannt haben. Dass das Atropin auf die sensuelle Seite des geistigen Lebens wirkt — das ist nichts Neues; dagegen kommt es sehr selten vor, dass Atropin in der Praxis in so grossen Dosen angewendet wird, dass es zur Störung der geistigen Thätigkeit und zum Auftreten psychischer Anomalien führt.

Aus der Literatur über diesen Gegenstand kann man einen Fall anführen, der von *Schroff* erwähnt wird, in welchem eine mit Belladonna durchräucherte Frau in einen maniakalen Zustand verfiel und darin verstarb.

Das Auftreten von Psychose in Folge zu starker Anwendung von Atropin hatte ich Gelegenheit in Kasan zu beobachten, nämlich, Dank der Liebenswürdigkeit des Directors Professor *A. U. Frese* in dem Kreis-Lazareth zur Mutter Gottes Aller Leidenden — während eines Ferienaufenthaltes daselbst.

Am 4. Juli 1878 kam in das Kasan'sche Kreis-Lazareth F. E. Der Kranke war mittleren Wuchses, regelmässiger Statur, schwacher Körperconstitution; die Haut des Gesichtes und die Schleimhäute bekunden offene Anämie, sind bleich mit dunkel-schmutziger Schattirung. Die Form des

Kopfes regelmässig abgerundet, Verletzungen nicht bemerkbar. Gesichtsausdruck in sich gekehrt und rauh — in seltenen Augenblicken wild und fröhlich. Beide Augäpfel zeigen eine bedeutende Verletzung: der rechte Phthisis, der linke fast vollständiges Leucoma, ausser am oberen Theile desselben, wo Spuren von Iridectomia zu bemerken sind. Aus der inneren Ecke des rechten Auges, die Nase entlang, fast bis zur Spitze derselben, geht eine bis auf den Knochen durchdringende Schramme. Eine Besichtigung der äusseren Gehör-Organe gab negative Resultate. Die Zunge schwach belegt. Stimme leise, zurückhaltend — spricht langsam, vorsichtig, aber bald darauf fliessend und voll. Herzschläge schnell, Ton schwach; Puls weich, schnell, bis 96 die Minute; von Seiten der Lungen, der Bauch-, Harn- und Geschlechtsorgane war nichts Besonderes zu bemerken; Temperatur normal. Appetit etwas abgeschwächt; Schlaf schlecht: der Kranke schreckt fortwährend zusammen, erwacht, schreit nicht selten, wirft die Kleidung von sich und versucht zuweilen sie zu zerreissen.

Die Mimik des Gesichts und die Bewegungen der Extremitäten sind etwas abgeschwächt. In seltenen Fällen wird dieses Bild unterbrochen durch das Auftreten von Activität und Energie; der Zustand des Organismus harmonirt mit dem Zustande des Gesichtes und der Extremitäten: bald steht der Kranke unbeweglich an einem Orte, bald verändert er plötzlich seine Stellung. Die Verrichtung des Magens und Darmkanals genügend. — Eine weitere Untersuchung des Kranken an diesem Tage war unmöglich, da derselbe sich weigerte, irgend welche Antworten zu geben.

5. Juli. Die Nacht brachte er schlecht zu, in Schlaflosigkeit und Unruhe, sprang nicht selten aus dem Bette und warf sich von einer Seite auf die andere. Am Morgen finster, misstrauisch und nicht mittheilsam. Auf gestellte Fragen antwortet er lange nicht: nach einigen Sekunden Nachdenkens wiederholt er die Frage, dann senkt er den Kopf, denkt wieder nach, dann fragt er: „und wie denken Sie darüber?“ und erst nach erfolgter einer oder anderer Antwort spricht er seine Meinung aus: abgerissen, einseitig und zögernd. Den Tag verbrachte er wie früher, in sich verschlossen, ass wenig und furchtsam; hatte Stuhlgang; Puls 96, Temperatur normal.

6. Juli. Die Nacht verbrachte er wie früher. Am Morgen weit mittheilsamer. Sagt, dass er sich weit besser befinde; war aber immerhin aufgeregt — gegen Abend ward er ruhiger. Bei meinem Abendbesuche führte sich der Kranke ungefähr 5 Minuten wie früher — schweigsam, ohne Antwort zu geben; dann aber wurde er redseliger, so dass die Anamnese genommen werden konnte. An diesem Tage hatte ich die Ehre einige Mittheilungen von Professor *Adamjuk*, welcher den Kranken bis zu seinem Eintritt in das Kasaner Kreis-Lazareth behandelt hatte, zu erhalten.

Anamnese. F. E. ist gegen 29 Jahre alt, uneheliches Kind, aus dem Gouvernement Orenburg gebürtig, Bauer, liest und schreibt, unverheirathet, der Beschäftigung nach Sänger. Erbliche oder Familien-Anlage waren be-

der Mutter weder zu Psychose noch zu Neurose vorhanden; den Vater und seine verschiedenen Verwandten kennt er nicht.

Bis zum Alter von 4 Jahren befand sich der Knabe bei Gutsbesitzern. Das war noch zur Zeit der Leibeigenschaft. Als der Kranke 4 Jahre alt war, wurde seine Mutter von einem Kleinbürger ausgekauft, den sie auch heirathete und mit dem sie auch nach Orenburg fortfuhr; der Kranke aber blieb als leibeigen zur Erziehung auf dem herrschaftlichen Hofe. Im Alter von 6 Jahren wurde er dem Sängerchore des Gutsbesitzers eingereiht und blieb dort bis zum 13. oder 14. Jahre, als wann das Allerhöchste Manifest über die Aufhebung der Leibeigenschaft erfolgte. Seit dieser Zeit lebte der Kranke bei seiner Mutter in Orenburg, wo er sich sein Brod durch Singen in den Kirchenchören erwarb. Noch als der Knabe erst 10 Jahre alt war, hatte ein Bauer ihm mit dem Beile das rechte Auge herausgehauen und die rechte Seite der Nase zerschmettert — wovon die Spuren bei dem Kranken in Gestalt jener oben erwähnten Narben zu sehen sind. Seit der Zeit sieht er mit seinem rechten Auge gar nichts; 3—4 Jahre darauf wurde auch das linke Auge immer schlechter und schlechter, so zwar, dass er zur Zeit seiner Uebersiedelung nach Orenburg nur mit Mühe die grobe Schrift in den Kirchenbüchern unterscheiden konnte, was ihn nöthigte, seine Beschäftigung als Kirchensänger aufzugeben und sich eine Stelle als Diener zu suchen. Darauf diente er successive in einer Branntweinhandlung, wo er viel Branntwein trank, — bei einem Ingenieur, wo das Trinken von dem Herrn selbst unterstützt wurde, bei einigen Gutsbesitzern und an anderen Orten, bis er endlich zu einer Gutsbesitzerin eintrat, welche ihn als Krüppel und Bettler bei sich aufnahm. Als der Kranke 23 Jahre alt war, konnte er fast gar nichts mehr sehen und führte seit der Zeit ein vollständig sitzendes, thatloses Leben als Krüppel. In der Zeitperiode vom 16. bis zum 22. Jahre trank der Kranke stark Branntwein, von da an aber gebrauchte er ihn fast gar nicht.

Am 2. Mai dieses Jahres kam der Kranke in Kasan bei Herrn Prof. *E. W. Adamjuk* an, um sich an dem linken Auge operiren zu lassen. Dank der Liebenswürdigkeit des Herrn Prof. *Adamjuk*, erfuhr ich von ihm, dass dem Kranken am 13. Mai in dem oberen Theile des linken Auges — der einzigen noch irgendwie zur Operation tauglichen Stelle — die Operation der Iridectomie gemacht worden war. — Da die Operation in Folge von dichter Verwachsung der Augenmitten nicht besonders glücklich ausgefallen war, auch eine weitere Fortsetzung derselben ambulatorisch nicht ungefährlich war, so schlug Prof. *Adamjuk* dem Kranken vor, sich im folgenden akademischen Jahre direct in der Klinik zu melden, um die weitere operative Heilung vorzunehmen.

Indessen blieb der Kranke in Kasan und setzte das bei dem ersten Versuche des Herrn Prof. *Adamjuk* begonnene Einspritzen von Tropfen Atropins in das Auge fort; zuweilen wurde ihm, wenn er bei Prof. *Adamjuk* war, Atropinsalz in Gestalt reinen Pulvers in das Auge eingeführt.

Am 1. und 2. Mai war der Kranke die letzten Male bei Prof. *Adamjuk* vor seiner Abreise. In Erwägung, dass der Kranke schon genügend an Atropin gewöhnt war und dass er andererseits abreisen wollte und die Kur somit unterbrochen werden würde, brachte ihm Prof. *Adamjuk* an diesen Tagen Atropinsalz, in Gestalt reinen Pulvers in grösserer Quantität als gewöhnlich bei.

Der Kranke erzählt, dass er darauf in eine gewisse Unruhe und Erregung verfallen sei. Um ihn herum zeigte sich Licht und Glanz „stärker als von der Sonne". Er befand sich inmitten einer schönen Umgebung; da waren: Thiere, Vögel, viel Volks, ungewöhnliche Bäume, Gräser u. s. w. Alles das brüllte, lärmte, schrie und sang. Jedes Blatt, jeder Grashalm gab seine eigenartigen Töne von sich, hatte seine Stimme. Diese Erscheinung war in beiden Augen. Alle Gegenstände waren in Bewegung und wechselten beständig unter einander. Ueber den Körper des Kranken krochen Ameisen, Fliegen, Käfer und gewisse unbekannte Insecten. Schlafen konnte der Kranke absolut nicht. Einerseits waren alle diese Erscheinungen ihm sehr angenehm, „entzückend und belehrend", andererseits aber schaurig und gräulich. Den Kranken überfiel eine solche Furcht, dass er sich fürchtete, sich vom Platze zu rühren. Zugleich mit dieser Furcht, mit diesem Grauen, zeigte sich Misstrauen und Verdacht gegen die ganze Umgebung. Zuweilen überwand sich der Kranke, vergass diese Angst und überliess sich seinem inneren Drange, seinem „Entzücken", dann aber wurde er wieder zurückhaltend und versank in Grübeln und Selbstconcentration.

Die äusserliche Umgebung wirkte auf den Kranken wenig ein; nur starke Motive, wie der Umgang des Arztes oder des Aufsehers, brachten ihn zur Aussenwelt zurück — die ganze übrige Zeit war er in sich versunken und spürte nach, was mit ihm vorgehe.

Während dieser ganzen Zeit waren bei dem Kranken ausser einem grundlos beschleunigten Pulsschlage (96), weder Trockenheit im Munde, noch Spasmen in der Kehle, noch irgend welche andere Anzeichen einer Atropinisation zu bemerken.

Während des Gespräches hielt der Kranke oft inne, dachte nach, oder ruhte aus, die Rede schlich langsam dahin, leise und abgerissen, aber von der Mitte an sprach er ziemlich schnell. Zuletzt sagte er: „Da haben Sie mich nun geweckt, jetzt geht die Komödie wieder los" und versank in seinen Mikrokosmos. Verordnet wurde Morphium aceticum.

7. Juli. Die Nacht verbrachte er ziemlich zufriedenstellend: schlief schnell ein, wachte selten auf, die Erscheinungen im Traume waren ruhiger Natur; in den Zwischenpausen, während er wach war, sah er wieder die früheren majestätischen Erscheinungen. Morgens wenig mittheilsam gegen seine Umgebung. Verrichtung des Darmkanals gut. Auf die Frage des Hospitaldirectors, Prof. *Frese*, über seinen Gesundheitszustand gab er z Antwort, dass er „den Baum des Lebens" und „die Erkenntniss des Gr

und Bösen" gesehen habe. „Die Erkenntniss des Guten und Bösen zeigt sich als Vereinigung beider Geschlechter in einem Organismus, männlichen und weiblichen Geschlechts. Wenn sich das weibliche Gesicht zeigt, so verschwindet das männliche und umgekehrt." Bei dem Kranken stellte sich Trockenheit im Munde und Spasmus in der Gurgel ein; Puls 90.

8. Juli. Schlief besser wie früher; Morgens ziemlich ruhig. Gegen 10 Uhr stellte sich ein plötzlicher Drang zur Entleerung ein. Die Sphinkteren des Mastdarms waren so schwach geworden, dass der Kranke nicht einmal die wenigen Schritte zum Water-Closet laufen konnte und die Entleerung auf dem Wege dahin eintrat. Die Erscheinungen fahren fort. „Der Baum des Lebens" stellte sich dem Kranken in Gestalt eines Baumes von unfassbarer Grösse dar, auf welchem alle möglichen Vögel, Thiere, Schlangen u. s. w. sassen, — alle diese Thiere, alle Zweige des Baumes, alle Blätter sprechen und singen — alles das stellt eine ewige Bewegung und Vermischung dar. Unter diesem Baume befindet sich denn auch die oben erwähnte „Erkenntniss des Bösen und des Guten." Die Trockenheit im Munde dauert fort; Puls 88.

10. Juli. Ziemlich ruhig; Schlaf, Appetit und Stuhlgang zufriedenstellend; Trockenheit im Munde dauert fort, Puls 88; die Erscheinungen werden erheblich schwächer; der Kranke bewegt sich wenig, in Folge der Blindheit, ist aber doch bedeutend rüstiger als früher, mittheilsam und gesprächig, aber leise und welk. Die Untersuchung der Sinnesorgane ergab: Reaction auf Farben im rechten Auge gar nicht vorhanden, mit dem linken unterscheidet der Kranke kaum die Finger auf 1" Entfernung; Farbenreaction des linken Auges: rothe Farbe bemerkt es gar nicht, hält dieselbe für grau, ebenso orange; gelb unterscheidet es einigermaassen; grün sieht es schlecht und hält es für hellgrau; himmelblau, dunkelblau und violett unterscheidet es ebenfalls nicht und hielt sie für bunt. Gehörsinn: mit dem rechten Ohre hört er den Schlag einer Taschenuhr auf eine Entfernung von 2—5 M. — mit dem linken auf 2 M. Geschmack- und Geruchsinn sind ebenfalls vorhanden und differenziren ziemlich leicht. Gefühlssinn: Raumsinn, Tastsinn und Reaction auf Schmerz bietet keine besonderen Abweichungen von der Norm. Durch Anfühlen unterscheidet der Kranke verschiedene Gruppirungen vom Gegenstand und ihr Material nur mit bedeutenden Schwierigkeiten; der Muskelsinn bietet keine besonderen Anomalieen. Bemerkenswerth ist bei den Phantasieen und Hallucinationen des Kranken das, dass er häufig ganz abstracte Begriffe realisirt und sie in Gestalt concreter Gegenstände empfindet. So sieht er z. B. die „Wohlthat Gottes" in Gestalt einer unermesslich grossen goldenen, mit Brillanten, anderen Edelsteinen, lebenden Thieren, Vögeln und Bäumen verzierten Tasse, die mit Wein und verschiedenen schönen Süssigkeiten u. s. w. angefüllt ist. Diese Tasse ladet alle, welche es wünschen, ein, ihren Inhalt zu probiren und jede Speise ihrerseits ladet ein, sie zu essen. Alle Thiere und Vögel, welche zur Verzierung der Tasse dienen, speisen aus ihr. Um die Tasse laufen

„Hallelujah's" in Gestalt kleiner weisser Mädchen mit gelösten Haaren und singen im Chore „Gott ein Lied" in Form verschiedener Concerte, die er selbst als Sänger gesungen. — Und noch viele andere abstracte Begriffe sah der Kranke in Form von Gestalten. Dabei bemerkt er, dass, wie das Licht und der Glanz, die ihn umgeben, so auch die Erscheinungen selbst jetzt alle bedeutend verschwommener, von schwächeren Contouren sind und dass ihre Bewegung langsamer und schwächer ist.

11. Juli. Schlief gut; wachte wenig auf; nur in den Zwischenpausen sah er Erscheinungen und hörte Stimmen; aber die Formen waren sehr verschwommen und die Stimmen sehr leise; den Tag verbrachte er ohne Hallucinationen; somatische Verrichtungen zufriedenstellend; Puls 80.

12. Juli. Nachts sah er Erscheinungen nur im Traume, aber auch nur sehr schwache und undeutliche, wachte 4 Mal auf, aber während dieser schlaflosen Intervalle hatte er keine Hallucinationen, phantasirte auch nicht; am Tage fühlt er sich sehr wohl; Puls 76; das Gewicht des Körpers nimmt zu.

14. Juli. Weder physische noch psychische Anomalieen traten zu Tage; Puls 76.

21. Juli. War die ganze Zeit vollständig gesund; Puls 76, Körpergewicht hat zugenommen. Aus dem Hospital entlassen.

So zeigt es sich, dass der krankhafte Zustand im Ganzen 10 Tage angehalten hat, vom 3.–12. Juli.

Bei Durchsicht des gegebenen Falles handelt es sich vor allem darum festzustellen, ob das betreffende geistige Leiden wirklich von dem Atropin abhängig war? War das Atropin wirklich der Grund für die Erscheinung der Psychose und nicht etwas Anderes?

Dass wirklich das Atropin die Ursache des Seelenleidens war, davon überzeugen uns folgende Thatsachen:

1. trat das Leiden sofort nach Anwendung bedeutender Dosen Atropin ein;

2. zeigt sich die Erkrankung als eine plötzliche, absolut ohne irgend welche andere sichtbare und gegründete Ursachen;

3. war der Verlauf dieser Psychose ein acuter und passte nicht unter die anderen acuten Psychosen;

4. treten zu dem Bilde der psychischen Erkrankung später Symptome, welche grade der Atropin-Vergiftung eigen sind;

5. nahm die Krankheit sichtlich unter dem Gebrauche von Morphium ab;

6. endlich überzeugt mich davon auch die vol

Ueberzeugung des Herrn Prof. *Adamjuk*[1]), welcher Gelegenheit gehabt hatte, sich schon früher mit derartigen Vorfällen bekannt zu machen.

Hierauf wirft sich die Frage auf: welches sind denn die Krankheitserscheinungen, welche uns das Recht geben, eine so positive Schlussfolgerung zu ziehen? Haben sie etwas Charakteristisches an sich, durch welche sie sich von den anderen Psychosen auszeichnen? — oder aber gehörten sie den Details nach unter die Rubrik anderer uns schon bekannter Psychosen?

In dem vorgeführten Bilde der Krankheit überrascht uns auf den ersten Blick eine gewisse Verwirrung und Vermengung der Erscheinungen. Dabei bemerken wir bei dem Kranken sowohl innere Furcht mit Misstrauen als auch inneres Entzücken und Genuss, furchtsamen Gesichtsausdruck und grossartige Hallucinationen des Gesichts und Gehörs, Gedrücktheit in den Bewegungen und Neigung zum Schreien und zum Zerstören seiner Umgebung u. s. w. Allein bei nöthiger Aufmerksamkeit kann man dabei ein gewisses System, eine gewisse Folgerichtigkeit bemerken.

Nach der Anwendung einer starken Dosis Atropin fühlte der Kranke, dass ihn ungewöhnliches „Licht und Glanz" umgebe, dass er von einer ungewöhnlichen Oreola umschienen sei; damit zugleich traten grandiöse Hallucinationen des Gesichts und Gehörs ein. Alle diese Erscheinungen zeigten sich plötzlich, ohne Vorläufer, ohne Grund. Dabei hatte der Kranke die Fähigkeit, seine Empfindungen zu controlliren, noch nicht verloren — er war eine Zeit noch im Stande bei einer Beurtheilung dieser Erscheinungen stehen zu bleiben. Der Kranke stellte sich die Frage, was mit ihm geschehe. Er war plötzlich in ein ganz anderes Leben getreten. Früher war um ihn herum Dunkel und Finsterniss — jetzt Licht und Glanz, und was für ein Licht, — nicht das, welches ihm früher geleuchtet und dessen er sich auch jetzt noch erinnert — sondern so ein besonderes. Früher sah er fast gar nichts; jetzt sieht er so etwas Wunderbares und Ungewöhnliches. Es war natürlich,

[1]) Als der Curator des Kranken sich an Prof. *Adamjuk* mit der Frage wendete, was mit dem Kranken vorgehe, antwortete dieser direct, dass das betr. Leiden von Atropin herrühre und in 7 – 10 Tagen vergehen werde.

dass sich bei ihm Furcht vor seiner ganzen Umgebung einstellte. Er geht fortwährend von einer nüchternen Beziehung zu seiner Umgebung, von der Controlle seiner Empfindungen, zu dem unwillkürlichen Hingerissensein durch sein Entzücken, zum Genusse seiner himmlischen Seeligkeit über. Fügen wir hier noch seine reale Blindheit zu — dann ist es uns ganz erklärlich, jenes Bild von Furcht, Misstrauen, physischen Gedrücktseins, — das sind Ueberbleibsel der früheren vernünftigen Beziehungen der Persönlichkeit zu ihren Empfindungen; das sind Reste gesunder Selbstkenntniss; das ist der natürliche Einfluss der Controlle der Ueberlegung über die Empfindungen; das ist, nach der äusserst treffenden und richtigen Benennung des Prof. *Frese*, das Auftreten „logischer Beziehungen" zu der Aussenwelt. Gebt seinem inneren Mikrokosmos Zeit, sich auszubreiten — gebt ihm Zeit und Möglichkeit, damit sich auf Grund dieser falschen oder genauen subjectiven Empfindungen starke und ständige Vorstellungen bilden können — und dann wäre für die rationelle Controlle kein Platz mehr; dann würden die logischen Beziehungen des Kranken zur Aussenwelt vollständig zerstört werden, dann gäbe es auch keine Furcht vor seinem Zustande, gäbe es kein Misstrauen gegen seine Umgebung, gäbe es keine Anspannung und Gemessenheit in den Bewegungen.

So ist klar, dass der Hauptkern der Krankheit sind: der Zustand des Entzückens über seine innere Seeligkeit und das Grandiose und Erhabene seiner Empfindungen. Das ist das Wesen, die Wurzel der Psychose; alles Uebrige steht auf zweiter Stelle. Dieser Zustand des Entzückens führt nur einen Kampf mit dem Verstande, führt einen Kampf mit den realen Empfindungen des gegebenen Augenblickes, führt einen Kampf mit den Spuren früherer Empfindungen in Gestalt von Erscheinungen. Als Resultat dieses Kampfes zufällig aufgetretener Vorstellungen mit den Vorstellungen des ganzen übrigen Lebens, der ganzen übrigen Praxis und Erfahrung, zeigt sich dann auch jene Furcht, jenes Misstrauen und jene Zurückhaltung, die bei dem Kranken auf den ersten Blick zu bemerken ist. Objectiv für uns fällt am meisten der Zustand der Depression in's Auge, aber bei näherer Bekanntschaft [illegible] tande

des Kranken, mit dem Zustande seines Selbstgefühls, zeigt es sich, dass dieser Zustand der Depression nur eine Seitenerscheinung ist.

Aber bei dem Kranken zeigen sich zeitweise Schreie, tritt das Bestreben auf Kleider u. s. w. von sich zu werfen — was ist das?

Meiner Meinung nach sind das die Augenblicke, wo die augenblicklichen Empfindungen des Kranken die Oberhand über die Vernunft erhielten, wo die logischen Beziehungen des Kranken zur Aussenwelt zerrissen waren. Der Kranke wurde durch die Schnelle der sich abwechselnden Erscheinungen und Bilder fortgerissen, wie von einem schnellen Strome, vergass die reale Welt und hatte das Bestreben sich ganz seinem Geniessen hinzugeben: zu schreien und zu singen mit allen übrigen; sich von der äusseren Hülle zu befreien, welche ihn hielt und an der allgemeinen Fröhlichkeit, welche ihn umgab, theilzunehmen.

Aber in demselben Augenblick, wo er seinem inneren Leben freien Lauf liess, wo sein neuer Mikrokosmos sich entfaltete, drangen wieder frühere Vorstellungen ein, die logischen Beziehungen zur Aussenwelt drangen wieder durch und hielten ihn von jenen Ausbrüchen zurück, wobei der Kranke sich wieder nur in die Betrachtung dessen versenkte, was in ihm vorging.

Nach dieser Betrachtung einiger Details können wir uns das Krankheitsbild folgendermaassen vorstellen.

Den Kranken befällt ein gewisses Entzücken, er befindet sich auf dem Gipfel der Seeligkeit, um ihn herum ungewöhnlicher, übernatürlicher Glanz und Licht, vor ihm erhabene, grandiose Erscheinungen, alles, was er sieht, singt, schreit, bewegt sich, verändert Form und Gestalt, wie in einem gewöhnlichen Panorama oder Kosmorama. Alles das ruft in ihm eigenartige Vorstellungen und abstracte Begriffe hervor — diese letzteren realisiren sich ihrerseits, nehmen Gestalt an und betheiligen sich an dem allgemeinen ihn umgebenden Chaos. Hier zeigt sich dann „der Baum des Lebens“ und unter ihm „die Erkenntniss des Guten und Bösen“ — ein ander mal zeigt sich „der Segen Gottes“ in Gestalt eines Bechers mit allen möglichen Süssigkeiten und unter ihm laufen die „Halle-

lujah" u. s. w. Zeitweise bestrebt sich der Kranke auch selbst an dem allgemeinen Chaos und der allgemeinen Bewegung theilzunehmen, aber schon gleich zu Anfang der activen Theilnahme macht er Stillstand. Er lasse seinen Bestrebungen freien Raum, und es würde sich zuletzt ein vollständiges Bild von Tobsucht ergeben. Aber davon hält ihn ein gewisses Etwas zurück. Ihn halten zurück seine früheren Beziehungen zur Aussenwelt, seine früheren Vorstellungen und Begriffe, zurück halten ihn auch seine jetzigen Empfindungen und Vorstellungen von der Aussenwelt, welche mit seinem Inneren so vollständig disharmoniren. Sie sind es auch, die in ihm Furcht für sein Dasein einflössen, sie sind es, die in ihm jenes Misstrauen gegen seine Umgebung wecken, welches sich von Zeit zu Zeit in ihm zeigt; sie lassen ihn sich in den Gedanken versenken: Ja, was geht denn in mir vor — woher kommt das Alles?

Das ist das allgemeine Bild der Krankheit.

Nun fragen wir uns: passt es nicht zu den schon bekannten Schablonen von Psychosen? Bis jetzt hat die Mehrzahl der Spezialisten in Psychiatrie als Grundlage für die Classification der Psychosen den Zustand des eigenen Gefühls des Kranken angenommen. Das Selbst ist entweder gedrückt und abgeschwächt oder erhöht und verstärkt oder endlich ganz indifferent und unterschiedslos. Der erste Zustand gehört der Melancholie an, der zweite der Manie, der dritte dem Schwachsinn.

Unser Bild würde nach der guten Stimmung des Kranken, nach seinem erhöhten Selbstgefühl, nach der Schönheit der Hallucinationen und ihrer schnellen Veränderlichkeit und nach dem Bestreben dieses Zustandes sich auch ausserhalb seiner zu erkennen zu geben — dem Bilde der Manie am nächsten stehen. Allein unter diesen Erscheinungen giebt es auch solche, welche mit vollem Rechte zu Erscheinungen der Melancholie gezogen werden können und gar nicht zur Manie, — das ist die Furcht, das Misstrauen und das physische Gedrücktsein. Andererseits ist es aber wieder auch keine Melancholie. Hier ist kein gedrücktes Gefühl, keine Trauer, kein Betrübtsein, keine Apathie und volle physische Schwäche; nirgend ist der traurige Fond zu sehen, welcher der Melancholie eigen ist.

Was aber ist das für eine Furcht, was für ein Misstrauen, die doch immerhin Elemente der Melancholie sind.

Eigentlich haben wir im gegebenen Falle weder ein volles Bild von Melancholie noch von Manie — hier treten nur die Elemente der Melancholie und die Elemente der Manie auf.

Lassen wir unseren Fall etwas ruhen und sehen wir uns nach einer anderen Seite um.

Lange schon herrscht unter den Psychiatern eine Meinungsverschiedenheit in Betreff der Frage: kann die Manie selbstständig entstehen, ohne Melancholie oder kann sie sich nur auf dem Boden der Melancholie entwickeln, d. h. muss ihr immer ein Stadium der Melancholie vorausgehen? Die Meinungen waren verschieden: Einige — es sind sehr Wenige — behaupteten, Manie könne für sich auftreten, Andere — die Mehrzahl — behaupteten, es müsse ihr immer Melancholie vorausgehen entweder in Form klarer Melancholie oder doch wenigstens einer kurz andauernden melancholischen Periode. Wenn Jemand weder das Eine noch das Andere bemerkt hatte, so hiess das, es sei auf die melancholische Periode nicht gehörige Aufmerksamkeit verwandt worden, oder es sei dieselbe so kurz gewesen, dass man sie leicht habe übersehen können.

Wir haben uns für diese Periode auch sehr interessirt und uns deshalb immer Mühe gegeben, nach Möglichkeit, die Kranken zu analysiren, in welchem Zustande sie sich befanden und wie sie sich im Laufe der Periode fühlten?

In einer meiner früheren Arbeiten habe ich diese Frage schon berührt[1]). Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese Periode von Melancholie durch die Concentrirung des Kranken in sich selbst bedingt wird, die so lange dauert, bis er sich mit seinen neuen Veränderungen noch nicht befreundet hat. Unter dem Einflusse verschiedener pathologischer Einflüsse, Hyperästhesie, Illusionen, Hallucinationen u. s. w. stellt sich bei dem Psychopathen eine neue Welt von Empfindungen, Vorstellungen und Begriffen ein, welche in gewisser Hinsicht seinen früheren Beziehungen zu sich selbst und seiner Umgebung

---

[1]) *P. Kowalewsky*, Ueber die Veränderung der Sensibilität der Haut bei Melancholischen. Petersburg 1877. pag. 137.

widerspricht. Und hier beginnt denn bei dem Kranken der Kampf der Gegenwart mit der Vergangenheit, er muss das alles sichten und in ein gewisses System bringen. Diese Periode des Kampfes zwischen den Spuren früherer und den jetzigen Empfindungen, zwischen den Eindrücken, die jetzt auf ihn von aussen wirken und die mit den früheren Empfindungen vollständig identisch sind, einerseits und den neuen subjectiven Empfindungen andererseits — dieser Kampf veranlasst dann auch den Kranken, sich in sich selbst zu versenken. Eigentlich ist das die Periode emsiger Thätigkeit, die Periode der Bildung neuer Vorstellungen in Beziehung auf sich selbst und seine Umgebung u. s. w. Diese ausserordentliche Thätigkeit concentrirt sich nach innen, wird von dem Kranken auf's eifrigste verborgen, bildet einen Gehirn-Process und veranlasst die Schlaflosigkeit, Abwendung von seinen Geschäften, Veränderung seiner gesellschaftlichen und Familien-Beziehungen, Entfernung von den Leuten und der Welt u. s. w. Alles Fremde stört ihn und lässt ihn seine Begriffe und Gedankenschlüsse nicht in Harmonie, in ein harmonisches Ganzes bringen.

Und nun geht eine gewisse Zeitperiode vorüber. Die Kette mit der Vergangenheit ist zerrissen. Ein neuer Mikrokosmos hat sich gebildet und der Kranke ist fertig.

Von dieser Periode sagen denn die Verwandten des Kranken auch: „Bis jetzt war nichts Besonderes mit ihm — etwas seltsam — aber jetzt ist er auf einmal so krank geworden."

Uns will es scheinen, als ob ein derartiges vorhergehendes Stadium, das Stadium der Ueberlegung, wenn man sich so ausdrücken darf, obligatorisch für die Manie sei. Nicht nur das; es ist sehr wahrscheilich, dass bei vielen vollständig entwickelten Fällen von Melancholie, dieses Stadium auch vorhanden sein muss, das Stadium der Sichtung der neuen Ideen, neuen Empfindungen.

Was die Dauer dieses Stadiums anbetrifft, so muss sich dasselbe in vollständiger Abhängigkeit von der Intensität der pathologischen Ursachen und des Prozesses und von der Entwickelungsstufe und Widerstandsfähigkeit des betreffenden Individuums befinden.

Bei Betrachtung des dargestellten Bildes von Vergiftung durch Atropin, oder des Bildes von Psychose durch Atropin-Vergiftung, kamen wir zu dem Schlusse, dass dasselbe in sich sowohl Elemente der Manie als auch der Melancholie begreift. Die maniakalen Elemente stehen auf dem ersten Plane, die melancholischen sind Elemente von nur ganz unbedeutender Intensität. Wenn wir diesen Zustand mit dem so eben betrachteten Zustande der melancholischen Periode vergleichen, so können wir nicht umhin, eine grosse Aehnlichkeit zwischen Beiden zu bemerken. Der Hauptkern der Krankheit ist dabei der Beginn des maniakalen Zustandes; allein dieser maniakale Zustand ist so schwach und unentwickelt, dass er sich nicht des ganzen Wesens des Menschen bemächtigen konnte. Er erweckte in ihm nur einen Kampf der Gefühle, einen Kampf der Ideen und einen Kampf der verschiedenartigsten Bestrebungen. Da das Subject dabei weder Gefühle, noch Gedanken, noch Wünsche klar auffasste, so befand es sich auch im Zustande einer gewissen Nachdenklichkeit und Concentrirung in sich selbst.

Der Zustand von mit Atropin-Vergifteten ist von uns von grossem Interesse in Hinsicht darauf, dass man dabei anschaulich das Anfangsstadium der Manie erforschen kann. Interessant ist er für uns, weil zu dieser Zeit in ganzen Schaaren neue und subjective Empfindungen, neue Vorstellungen, eine ungewöhnliche Schnellheit des Gedankenlaufes und neue Wünsche und Bestrebungen auftreten, und weil aber neben diesen noch der alte Zustand der Denkthätigkeit fortbesteht, der alte intellectuelle Mikrokosmos noch existirt — wobei zwischen beiden nicht nur keine Solidarität, sondern im Gegentheil vollständiger Antagonismus besteht. Eine solche Periode muss sich bei jedem Falle von Manie einstellen — sie ist mehr oder weniger andauernd, mehr oder weniger intensiv; wenn sie in einigen Fällen nicht bemerkt wird, so heisst das nur, dass sie entweder ganz schwach ausgedrückt war, oder man hat sie übersehen. Wenn jener elementare Zustand von Manie zur rechten Zeit aufgehalten wird, so steht derselbe gleich zu Anfang stille, wie das sich auch in unserem Falle ereignete; wenn derselbe nicht rechtzeitig unterdrückt wird, so entwickelt

sich aus ihm vollständige Manie (Tobsucht), wie das bei dem Falle von *Schroff* der Fall war.

Hieraus ergiebt sich, dass die Atropin-Vergiftung dadurch charakteristisch ist, dass sie das Bild eines melancholischen Stadiums oder des Anfangs-Stadiums von Manie hat. Allein dieses Stadium haben alle, oder doch fast alle Fälle von Manie — wie sie unterscheiden? Giebt es bei Fällen von Atropin-Psychose nicht irgend welche besondere Anzeichen, welche dem Psychiater zu erklären gestatten, dass wir in einem Falle das Anfangsstadium einfacher Manie, im anderen, nicht einfache Manie, sondern Atropin-Psychose vor uns haben?

Eine derartige Unterscheidung bietet ein Interesse nicht nur der Wissbegierde oder der einfachen Neugier, sondern hat eine ernste forensisch-psychiatrische Bedeutung und zwar aus folgenden Gründen:

Nehmen wir an, dass ein bestimmtes Subject an den Augen leidet und sich, wie das sehr häufig vorkommt, mit Atropin kurirt. Während dieser Kur verfällt der Schwache in Irrsinn. Die Verwandten des Kranken klagen nun den Arzt an, als habe er durch seine Tropfen und Pulver das Seelenleiden hervorgerufen. In diesem Falle ist es unumgänglich nöthig zu entscheiden, ob die Psychose wirklich durch Atropin hervorgerufen ist, oder ob das letztere dabei ganz ausser Frage kommt? Allein noch wichtiger ist die forensisch-psychiatrische Bedeutung der Atropin-Psychose bei Simulationen. Der Verbrecher, welcher eine solche für ihn günstige Wirkung des Atropins kennt, kann im nöthigen Augenblicke — im Momente der Besichtigung oder der Prüfung — eine gehörige Dosis Atropin anwenden und so ein vollständiges Bild von Psychose zeigen. Jeder Arzt hält die darauf eintretenden Erscheinungen für Psychose — und er kann sie auch für nichts anderes halten, da sie alle Momente der Psychose in sich begreifen. Dasselbe kann jeder Conscribirte, dienende Soldat u. s. w. thun. Mit einem Worte — in allen Fällen, wo eine Simulation von Psychose nöthig ist, ist dasselbe Mittel, zu welchem ein Jeder greifen kann, — die Anwendung von Atropin.

Wir haben schon bemerkt, dass das Bild der Atropin-Psychose vollständig der Anfangsperiode von Manie ähnelt

allein Angesichts des Obenerwähnten wäre es sehr wünschenswerth, die Fälle von Atropin-Vergiftung von den Fällen reiner Psychose zu unterscheiden. Wünschenswerth, solche Symptome aufzufinden, nach welchen wir Atropin-Psychose immer von den Anfängen reiner Manie unterscheiden könnten.

Die Lösung dieser Frage verlangt sehr zahlreiche und sehr genaue Beobachtungen. Leider weist die Literatur solche bis jetzt nicht in gehöriger Anzahl auf. Wir entschliessen uns daher, die von uns bemerkten besonderen Anzeichen mitzutheilen, indem wir dabei der aufrichtigen und angenehmen Hoffnung sind, dass unsere hochgeehrten Herren Collegen in der Zukunft das, was wir übersehen haben, gütigst vervollständigen und unsere Fehler verbessern werden. Wir werden nur auf das hinweisen, was wir in unserem Falle bemerkt haben.

1) Vor allen Dingen sollte man erwarten, dass bei einer Atropin-Vergiftung allgemeine Anzeichen einer solchen da sein würden: Trockenheit der Zunge und Kehle, Durst, Kratzen im Halse, Spasmus in der Kehle beim Trinken und Spasmus der Gurgel, allgemeines Prickeln, Anomalieen in der Harnabsonderung u. s. w. In dem von uns beobachteten Falle haben wir von alledem nichts bemerkt. Weder zu Anfang der Krankheit, bis zum Eintritt des Kranken in das Kasan'sche Kreis-Lazareth, noch in den ersten Tagen des Aufenthalts daselbst, d. h. in dem Acme der Krankheit wurden diese somatischen Anzeichen einer Vergiftung beobachtet, obgleich ich meine besondere Aufmerksamkeit darauf richtete. Dafür trat aber im weiteren Verlauf eine Erscheinung auf, welche verdient weiter beobachtetet zu werden. Diese Erscheinung ist folgende: Von der Zeit an, wo der Kranke begann Morphium einzunehmen, zeigte sich bei ihm Trockenheit der Zunge und Kehle, ausserdem einmal Schwächung der Sphinkteren des Darmkanals. Interessant und wichtig ist es nun zu wissen, ob eine solche Erscheinung beständig ist oder hier nur zufällig eintrat. Ist sie beständig, so kann sie als wichtige Grundlage für die Unterscheidung Atropiner Psychose von der gewöhnlichen dienen. Interessant ist dabei die Reihenfolge des Auftretens der betreffenden Erscheinungen: Trockenheit der Zunge und Kehle

treten nicht zu Anfang der Psychose ein, wie man es hätte erwarten sollen, sondern nach der Einnahme von Morphium.

2) Als zweites wichtiges Unterscheidungsmittel kann man dann die Pupille ansehen. Leider konnten in unserem Falle keine Beobachtungen darüber gemacht werden, weil die Pupillen in beiden Augen zu sehr verdorben waren.

3) Puls. Von Beginn des Eintritts des Kranken in das Lazareth und im Laufe der ersten drei Tage, war der Puls 96 in der Minute, einen Tag 90, drei Tage 88, einen Tag 80 und dann die anderen Tage 76 in der Minute. Er war also zu Anfang schnell, dann fiel er entsprechend der Abschwächung der Psychose stufenweise und erreichte zuletzt mit Aufhören derselben die Norm, auf welcher er sich erhielt, so lange der Kranke im Lazareth war. Hierzu kommt, dass während der ganzen Zeit die Körpertemperatur unverändert und also auch ohne Einfluss auf den Puls war — d. h. der Puls befand sich lediglich unter dem Einflusse des Atropins.

4) In dem Bilde der Psychose selbst überraschen uns: die fortwährende Beweglichkeit der Erscheinungen und das Abwechseln der einen Bilder durch andere. Bei Alkoholvergiftung (Delirium tremens) ist dieselbe Eigenheit der Phantasieen zu bemerken — sie ist also beiden Arten von Vergiftung eigen — der Unterschied besteht nur darin, dass beim Delirium tremens die Gegenstände der Erscheinungen klein sind — Käfer, Fliegen u. s. w. — während bei der Atropinvergiftung die erblickten Gegenstände von grandiosem Umfange sind.

5) Als noch charakteristischer können wir aber das Grandiose und Erhabene der Erscheinungen und Phantasieen ansehen. Mir scheint, dass dieses nichts weniger als zufällig, sondern im Gegentheil etwas mehr oder weniger Beständiges und Charakteristisches ist. Man kann annehmen, dass ihm ein besonderer Zustand der Sensibilität des Nervensystems bei Vergiftung mit Atropin zu Grunde liegt. Bekannt ist, dass bei stärkerem Gebrauche von Atropin die Gegenstände Einem von grösserem Umfange erscheinen: so erscheint z. B. ein Blutegel eine Schlange zu sein (Herr *Laschkewitsch*). Es ist sehr natürlich anzunehmen, dass, wenn die Empfindungen von aussen

her einen grandiosen Maassstab annehmen, die subjectiven Empfindungen und Hallucinationen Aehnliches darbieten.

6) Noch eine Erscheinung tritt bei der Atropin-Psychose äusserst stark hervor — nämlich die Realisation abstracter Begriffe durch Bilder und Figuren. Der Kranke sieht „den Baum des Lebens“, „die Erkenntniss des Guten und Bösen“, „den Segen Gottes“, „Hallelujah“ u. s. w. In anderen Fällen dürfte wohl kaum eine derartige Realisation abstracter Begriffe in Form von Gestalten, und dazu noch ein besonderes Streben zu derselben, vorhanden sein. War das ein Ding der Individualität, oder wird es eine allgemeine Erscheinung für Atropin-Psychose sein — das werden weitere Beobachtungen und Untersuchungen zeigen.

7) Hallucination des Gefühls — wenn wir den Umstand in Betracht ziehen, dass bei Atropin-Vergiftung gewöhnlich ein Prickeln der Haut da ist, welches bei Psychose leicht in Illusionen und Hallucinationen des Gefühls übergehen kann.

8) Zu alle dem kann man noch hinzufügen, dass die Psychose unter dem Einflusse von Morphium und warmen Wannen ausserordentlich abnimmt. Natürlich müssen die Dosen von Morphium mehr oder minder energisch sein, da es in diesem Falle als Gegengift gebraucht wird.

Endlich kann die Schnelligkeit, mit der die Psychose verläuft, der akute, schnelle Charakter derselben, ein Mittel zur Feststellung der Psychose sein, da die gewöhnlichen Fälle von Manie niemals so schnell verlaufen.

Man darf nicht aus dem Auge lassen, dass in Beziehung zum Atropin eine eben solche Idiosynkrasie existiren kann, wie in Beziehung zu einigen Alkaloiden und anderen Stoffen. In unserem Falle verdient der Umstand Beachtung, dass die Psychose bei einem Trinker auftrat, da der Kranke eine Zeit lang sehr viel Branntwein getrunken hatte. Interessant ist es, zu erfahren, für den Ophthalmologen wie für den Psychiater, wie Atropin sich den Säufern gegenüber verhält. Bekannt ist das Factum, dass ein Säufer, in der Periode des starken Trunkes, schon von 1—2 Gläschen schwachen Branntweins betrunken wird. Ebenso ist es bekannt, dass Chloroform Säufern gegenüber sich anders verhält als Nichttrinkern gegenüber. So ist

es möglich, dass auch Atropin auf Säufer anders wirkt als auf Nichttrinker.

Dieser Fall zeigt uns anschaulich, dass wir Mittel in Händen haben, nach Willkür Psychose hervorzurufen und folglich willkürlich Veränderungen in der Sphäre der geistigen Fähigkeiten hervorzurufen. Endlich halte ich es für eine angenehme Pflicht, meinem Freunde, dem Director des Kreis-Lazareths Prof. *A. U. Frese,* für seine beständige Bereitwilligkeit, mir in allen meinen wissenschaftlichen Beschäftigungen im Kreis-Lazareth mit Rath und That beizustehen, meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Casuistik.

Ein Gutachten über Zurechnungsfähigkeit[1]).

Vorbemerkungen. Am 28. Mai 1878 wurde in der Nähe des Dorfes Eilte bei Ahlden in einem Wassergraben die Leiche eines sechsjährigen Knaben aufgefunden, an welcher die unzweideutigen Spuren einer Ermordung durch fremde Hand nachweisbar waren. Verschiedene Hautabschürfungen und ein Schnitt an dem Nacken liessen keinen Zweifel darüber.

Der Verdacht betreffs des Mordes fiel sofort auf die Schwester des getödteten Knaben, Marie Dierks, welche in der Nähe ihrer Heimath Eilte diente.

Sie war des Tages zuvor in Ahlden gewesen, wo sie vor dem Polizeigericht wegen eines Diebstahls zu einer Gefängnisstrafe von 3 Tagen verurtheilt worden war.

Bei der Rückkehr von Ahlden nach ihrem Dienstherrn (in Frankenfeld) hatte sie ihre Mutter in Eilte besucht und nahm sodann, des Nachmittags, ihren kleinen Bruder mit sich, indem derselbe sie eine Strecke Weges begleiten wollte.

Marie Dierks wurde sofort am 28. Mai verhaftet und gab folgende Aussage zu Protocoll:

Ich will gestehen, dass ich an dem Tode meines Bruders schuld bin. Als ich gestern Nachmittag — ich war gestern Vormittag in Ahlden vor dem Schöffengericht, wo ich wegen Diebstahls zu 3 Tagen Gefängniss verurtheilt worden bin — vom Hause meiner Mutter in Eilte wieder nach Frankenfeld gehen wollte, begleitete mich mein Bruder. Er sagte, er wolle nach dem Poggenmoor, um sich Blumen zu pflücken. Ich ging mit ihm über ein Ackerstück bis an den Abzugsgraben. Als sich mein Bruder hier am Graben bückte, um Blumen zu pflücken, stiess ich ihn, dass er mit dem Kopfe voraus in's Wasser fiel. Ich bin dann von der Stelle, wo dieses geschah, sofort weggegangen, ohne mich um meinen Bruder weiter zu bekümmern. Wenn, wie Sie mir sagen, an dem Körper meines Bruders Spuren

---

[1]) Vorgetr. in der 13. Vers. der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens.

von Blut und Verletzungen zu sehen sind, so weiss ich nicht woher diese rühren. Ich bin an diesen Verletzungen unschuldig. Ich habe gestern, zur Zeit der That, kein Messer oder sonstiges scharfes Instrument bei mir gehabt. Ich weiss nicht, wie ich dazu gekommen bin, meinen Bruder in das Wasser zu stürzen, ich hatte mich wegen meiner Verurtheilung so geärgert und gegrämt, dass ich heftige Kopfschmerzen bekommen hatte und in Folge dessen nicht wusste, was ich that.

Nachdem Marie Dierks am 30. Mai sich in ganz ähnlicher Weise zu Protocoll erklärt hatte, liess sie sich am 2. Juni durch den Gerichtsdiener zu einem Verhöre melden und sagte aus: der Dienstknecht Dietrich Hogrefe hat seit dem verflossenen Jahre ein Verhältniss mit mir und hat mich im letzten Winter beinahe jeden Abend besucht. Fast bei jeder Zusammenkunft mit ihm äusserte Hogrefe, es wäre doch gut, wenn wir meinen Bruder auf die Seite bringen könnten, dann bekäme ich die von meinem Vater herrührende Stelle und er könne mich dann heirathen. Hogrefe sprach immer davon, ich müsse meinen Bruder in das Wasser stürzen, bezeichnete mir auch den Graben an der Goseweide als hierzu passend; er sagte: namentlich da, wo die hohen Bäume ständen, sei der Graben tief genug. Als ich am Montag Morgen nach Ahlden zum Gerichte ging, traf ich Hogrefe an der Landstrasse. Er sagte, er wäre an dem Graben der Goseweide gewesen, der wäre tief genug; ich müsse heute meinen Bruder dort hinbringen und ihn in das Wasser stossen. Am Abend würde er hingehen und nachsehen, ob ich es gethan hätte. Wenn ich es nicht gethan hätte, müsse er selbst sehen, wie er es thun könne, denn weg müsse er.

Sie fügte dieser Aussage noch hinzu, dass Hogrefe ihren Bruder auch wahrscheinlich mit dem Messer zerschnitten habe um ihn noch vollends zu tödten.

Auf diese Aussage hin wurde eine Untersuchung gegen den jungen Mann eingeleitet; es stellte sich dabei heraus, dass alle Angaben der Marie Dierks in dieser Beziehung vollständig erfunden waren und keine Spur von Wahrheit enthielten. Der junge Hogrefe hatte kein näheres Verhältniss mit ihr gehabt und wurde durch übereinstimmende Aussagen der Zeugen von jedem Verdachte gereinigt, irgend eine Beziehung zu der Tödtung des Knaben gehabt zu haben.

In späteren Verhören gestand Marie Dierks ein, dass sie ihren Bruder gewaltsam im Wasser niedergehalten und ihn auch mit einem Messer verwundet habe.

Marie Dierks hatte schon im vorhergehenden Jahre im Verdachte der Brandstiftung gestanden, als am 13. Nov. und 11. Dec. 1877, also kurz nach einander, die Wohnhäuser ihrer damaligen Dienstherren abgebrannt waren. Die eingeleitete Untersuchung ergab aber keine bestimmten Anhaltspunkte.

Endlich war nachträglich der Verdacht erwacht, dass dieselbe schon vor längerer Zeit (vor ihrer Confirmation) ein Kind, welches ihrer O' anvertraut war, in einen Brunnen geworfen und so getödtet habe. Bestimmtes liess sich aber darüber nicht feststellen.

Aus den Zeugenaussagen ergab sich, dass Marie Dierks seit ihrem 12. oder 13. Lebensjahre an epileptischen Krämpfen gelitten hat und dass mit diesen Krämpfen Aufregungszustände verbunden waren, welche als maniakalische anzusehen waren. Solche maniakalische Erregungen sollen ganze Tage, ja einmal sogar 14 Tage lang angedauert haben. Durch diese Zeugenaussagen wurden natürlicherweise Zweifel betreffs der Zurechnungsfähigkeit der Genannten erweckt. Da die ärztlichen Urtheile in dieser Beziehung nicht ganz übereinstimmten, so wurde beschlossen, Marie Dierks zu näherer Beobachtung und Beurtheilung der Irrenanstalt in Hildesheim zu übergeben. Die Resultate dieser Beobachtung und die nähere Beleuchtung der hier einschlagenden Verhältnisse sind in dem nachstehenden Gutachten niedergelegt.

Hildesheim, den 11. Februar 1879.

Die Untersuchungsgefangene Marie Dierks aus Eilte, Amts Ahlden, ist am 26. Sept. v. J. der hiesigen Heil- und Pflegeanstalt übergeben und dem Unterzeichneten ist der Auftrag ertheilt worden, durch längere Beobachtung den Geisteszustand der Genannten festzustellen. Dieselbe wurde bei Tag und Nacht sorgfältig überwacht und ich beehre mich in dem Nachstehenden die Resultate meiner Untersuchungen ergebenst vorzulegen.

Marie Dierks ist den 9. Dec. 1861 in Eilte geboren. Ihr Vater war dem Trunke ergeben und der Bruder ihres Vaters soll epileptisch gewesen sein. Sie zeigte eine geringe geistige Entwickelung nach dem Zeugniss ihres Lehrers und ihres Geistlichen, sowie einen sehr niedrigen moralischen und religiösen Standpunkt. Schon in der Schule soll sie „nicht ganz ehrlich" gewesen sein.

Vor ihrer Confirmation diente sie eine Zeit lang bei dem Gastwirthe Brade und es entstand damals oder später der Verdacht, dass sie das zweijährige Kind desselben in einen Brunnen geworfen habe. Am 12. Nov. 1877 und 11. Dec. 1877 brannten die Wohnungen ihrer Dienstherren (Hambrock und Ripke) ab, wobei der Verdacht entstand, dass Marie Dierks das Feuer angelegt habe, jedoch hat die Untersuchung nichts Bestimmtes nachgewiesen. Am 27. Mai 1878 hat Marie Dierks, nachdem sie an diesem Tage von dem Schöffengericht in Ahlden wegen Diebstahls zu einer dreitägigen Gefängnissstrafe verurtheilt worden war, ihren Bruder, ein Kind von 6 Jahren, ermordet, indem sie ihn in einen Wassergraben warf, ihn darin gewaltsam niederhielt und ihm einen Schnitt mit dem Messer in den Nacken beibrachte. Nach ihrer Verhaftung bekannte sie sich sofort zu dem Morde, gab aber die einzelnen Umstände desselben unwahr an. Sie behauptete den Knaben in das Wasser gestossen zu haben und sodann fortgelaufen zu sein, erst später räumte sie ein, dass sie den Knaben im Wasser niedergehalten habe und endlich gab sie auch zu, dass sie ihn mit einem Messer verwundet habe. Vor dem letzten Geständniss suchte sie einen jungen Mann, Hogrefe, als ihren Mitschuldigen darzustellen, indem sie aussagte, dass derselbe sie zu dem Verbrechen verleitet habe und zwar in der Weise, dass er ihr vorgestellt habe, durch den Tod des Knaben würde sie die Erbin ihres

väterlichen Hofes werden, wodurch ihre Heirath mit ihm ermöglicht würde. Die Untersuchung ergab keine Anhaltspunkte für diese Anschuldigung, indem der genannte junge Mann in keiner näheren Beziehung zu ihr gestanden zu haben scheint, jedenfalls aber sich ihre bestimmten Angaben in dieser Beziehung als unwahr erwiesen haben. Da sich im Laufe der Untersuchung herausstellte, dass Marie Dierks seit längerer Zeit an eigenthümlichen Nervenzufällen gelitten hatte, so wurde dieser Punkt bei der Zeugenvernehmung eingehend berücksichtigt und es stellte sich heraus, dass die Genannte etwa seit ihrem 12. Lebensjahre periodisch an krampfartigen Zuständen gelitten hat. Der Zeuge Hambrock giebt an, dass Marie Dierks, als sie bei ihm diente, 3 Mal ihren Zufall bekommen habe. Sie sei bewusstlos geworden, indem sie einen Schrei ausgestossen habe. Sie habe mit Händen und Füssen um sich geschlagen und Alles zerrissen, was ihr unter die Finger kam. Wenn sie dann wieder zum Bewusstsein gekommen sei, habe sie nicht gewusst, was sie gethan hatte. Dieser Zustand habe oft von Morgens bis Abends gedauert. Die Mutter der Marie Dierks, Wittwe Dierks, deponirt, dass ihre Tochter ein Jahr vor ihrer Confirmation Krämpfe bekommen habe. In diesen Anfällen sei sie völlig von Sinnen und bewusstlos gewesen und habe nachher nicht gewusst, was vorgefallen sei. Einmal hätten sie geglaubt, sie sei toll, weil sie sich in die Hand gebissen habe.

Der Zeuge Rodewald, Vormund der Marie Dierks, sagt aus, dass die Genannte öfters Krämpfe gehabt habe. Im vorigen Sommer (1877) habe sie einmal mehrere Wochen lang derart gelitten. In den ersten Tagen habe sie mit geschlossenen Augen gelegen, nachher habe sie mit verdrehten Augen im Zimmer getobt; wenn man sie habe festhalten wollen, habe sie sich gegen ihre Umgebung gewendet und habe sich in die Hände beissen wollen. Dieses habe damals wohl 14 Tage gedauert, weshalb auch ihre Mutter nach Bremen gegangen sei, um von Dr. *E.* Arzneien zu holen. Später äussert dieser Zeuge noch, dass die Genannte nach einem solchen Anfall geäussert habe, dass ein Mann dagewesen sei, der ihr den Kopf habe abhacken wollen und von ihrer Mutter habe sie geäussert, „die brauche ja nicht immer solche Gesichter zu machen“. Solche Reden habe sie mehrfach nach einem Anfall geführt.

Der Lehrer Meyer bezeugt, dass er die Genannte einmal in ihrem krankhaften Zustande gesehen habe, er sagt: „sie riss sich das Zeug vom Leibe, riss sich in die Haare und biss sich in's Zeug“. Die Genannte habe wegen dieser Anfälle einige Zeit die Schule versäumt; man habe gesagt, sie habe die „Tollwuth“, weil sie immer beissen wollte.

Die Zeugin Brade spricht ebenfalls von den Krämpfen der Genannten.

Die Ehefrau Hambrock will die Krampfanfälle der Genann[illegible] sehen haben. „Sie lachte dabei kurz auf, fiel hinten über, Füsse an sich und tobte dann, indem sie mit Händen und F[illegible]

meiner Meinung nach war sie sofort ohne Besinnung, wenn sie solchen Anfall bekam."

Sanitätsrath Dr. *H.* sah einen Anfall der Genannten, wobei er vollständige Bewusstlosigkeit nicht constatiren konnte. Später im Gefängniss sah er Marie Dierks nach einem Anfall ruhig schlafend. Der damalige Zustand habe den Eindruck der Simulation auf ihn gemacht.

Der Gendarm Klibbe beobachtete bei dem Transporte der Marie Dierks einen Krampfanfall. Sie fiel plötzlich rücklings nieder, sagt er aus, und lag einige Minuten regungslos da; dann fing sie plötzlich an zu winseln, zu schreien und allerhand Bewegungen zu machen, sie zerriss sich die Kleidungsstücke, wollte sich in die Finger und Hände beissen und zitterte am ganzen Leibe und wand sich am Boden. Dieser Zustand dauerte wohl 2 Stunden, dann verfiel sie in einen ruhigen Schlaf.

Der Gerichtsdiener Rabe sah die Genannte in einem „matten Zustande" auf dem Fussboden ihrer Zelle sitzen, dessen Ehefrau hat dieselbe in ihren Krampfanfällen gesehen; sie habe in „krampfartigen Zuckungen" gelegen, schien der Zeugin aber zu übertreiben.

Zeuge Spricke sah die Genannte bei dem Kartoffelhacken mit einem „kleinen Laut" niederfallen und eine Zeit lang am Boden liegen.

Der Gefangenwärter. Hübner in Celle sah Marie Dierks in dem Untersuchungsgefängniss in Celle sich auf der Erde herumwälzen, als ob sie Krämpfe hätte. „Sie stellte sich dabei", deponirt er, „auf den Kopf, schlug mit den Beinen in der Luft herum und warf sich auf das Gesicht." Auch in dem hiesigen Untersuchungsgefängniss will die Ehefrau des Gefängnissaufsehers Krollmann die Genannte in einem ähnlichen Zustande gesehen haben.

Was die Ansichten der Zeugen über die Zurechnungsfähigkeit der Marie Dierks, abgesehen von ihren Krampfanfällen, betrifft, so scheint keiner der Zeugen an derselben zu zweifeln.

Von den Aerzten nimmt Sanitätsrath Dr. *H.* ebenfalls Zurechnungsfähigkeit, während Sanitätsrath Dr. *M.* sich sehr entschieden für Unzurechnungsfähigkeit ausspricht, dagegen Dr. *von M.* erklärt, dass er sich nach Lage der Sache noch kein bestimmtes Urtheil hierüber bilden könne.

Da nach dieser Sachlage die Zurechnungsfähigkeit der Marie Dierks zweifelhaft erschien, so wurde dieselbe am 26. Sept. v. J. der hiesigen Anstalt zu näherer Beobachtung überwiesen.

Marie Dierks ist von kleiner, untersetzter Statur, hat röthlich blondes Haar und hellgraue Augen. Ihre Gesichtszüge sind unentwickelt und zeugen von geringer geistiger Befähigung. Ihre körperliche Gesundheit ist im Allgemeinen gut, jedoch klagt sie öfters über Kopfschmerzen und ihre Menstruation ist nicht regelmässig. Einige Tage litt sie während ihres hiesigen Aufenthalts an einem Frieselausschlag, womit geringe Verdauungsstörungen verbunden waren.

Ihre geistige Entwickelung zeigt sich in jeder Weise sehr niedrig ste-

hend. Sie spricht fast nur plattdeutsch. In den Unterrichtsstunden, welche in der Anstalt ertheilt werden, an welchen sie theilnahm, zeigte sie im Lesen, Schreiben und Rechnen eine höchst mangelhafte Ausbildung.

In gemüthlicher Beziehung zeigte sie grosse Kälte und Gleichgültigkeit in Beziehung auf Andere und grosse Reizbarkeit in Beziehung auf ihre eigene Person. Sie bethätigt keine Reue hinsichtlich des von ihr eingestandenen Verbrechens und äussert keine Neigung mit ihrer Mutter und Schwester in Verbindung zu treten. Einmal äusserte sie in dieser Beziehung, es wäre am besten, wenn sie beide (ihre Mutter und Schwester) todt wären und sie selbst auch. Besonders im Anfange ihres hiesigen Aufenthaltes äusserte sie häufig, dass sie sich den Tod wünsche und erklärte einmal einer anderen Kranken, es wäre sehr leicht sich um das Leben zu bringen; man brauche sich nur einen Bindfaden um den Hals zu legen und denselben fest zuzuziehen. Sie schlug sich oft selbst in das Gesicht und an den Kopf und sagte, wenn man sie fragte, warum sie dieses thue, „ich bin so ärgerlich". Sowohl bei dem Unterrichte als bei eingehenderen Fragen zeigte sie vielfach Reizbarkeit und Trotz und äusserte oft nachher: „was braucht der Kerl mich zu fragen". Sie gab dabei auch oft absichtlich falsche Antworten, wie es scheint, aus Trotz. So antwortete sie mir einmal auf die Frage, wie viel 2 mal 2 sei: 5 und auf die Frage wie viel 2 mal 10 sei 19, während sie später diese Fragen richtig beantwortete.

Ueber das von ihr begangene Verbrechen sprach sie sich sehr verschiedenartig und oft mit absichtlicher Verschweigung der Wahrheit aus. Oft antwortete sie, „ich weiss nicht", wenn man sie über die von ihr eingestandene Umstände des von ihr begangenen Mordes fragte. Weitergehende Zugeständnisse, wie dieselben in den Untersuchungsacten enthalten sind, hat sie nie gemacht. Ueber die Motive des Mordes befragt, antwortete sie gewöhnlich: „ich war ärgerlich", auch öfters, sie habe nicht gewusst, was sie gethan habe. Ihr gewöhnliches tägliches Benehmen bot wenig Auffallendes dar. Sie spann, half auch den Wärterinnen bei dem Reinigen der Zimmer und Fenster, spielte des Abends zuweilen Karten, wobei sie aber wenig Geschick zeigte. Was die krampfartigen Krankheitszustände, welche in den Zeugenaussagen so vielfach hervorgehoben werden, betrifft, so konnten wir Monate lang nichts Bestimmtes darüber constatiren. In der ersten Zeit ihres hiesigen Aufenthaltes (am 7. und 13. October v. J.) bemerkten die Wärterinnen zweimal, dass Marie Dierks des Nachts aus ihrem Bette aufstand und im Zimmer hin und herging. Das zweite Mal flüsterte sie dabei unverständliche Worte und machte sich an ihren Haaren zu thun. Sie liess sich leicht in das Bett zurückbringen und versicherte des anderen Morgens, dass sie von ihrem auffallenden Benehmen in der Nacht nichts wisse.

Hierauf wurde lange nichts mehr bemerkt, die Nächte waren ruhig und auch während des Tages waren keinerlei Krankheitserscheinungen —— handen. Es musste deshalb die Beobachtung länger ausgedehnt wer dieses zu Anfang erforderlich zu sein schien. Endlich am 13. und

nuar d. J. wurden zwei Anfälle beobachtet, welche ich näher schildern will. Am 13. Januar wurde Marie Dierks bei der Morgenvisite zwischen 9 und 10 Uhr von mir über Einiges befragt, was an sich (es waren Fragen über die Eintheilung des Jahres, Monate, Wochen u. dgl.) sie in keiner Weise reizen konnte. Bald darauf aber lief sie anscheinend in heftigem Zorne in den Garten, rannte in heftiger Aufregung hin und her, wobei sie die Worte ausstiess: „was braucht man mich zu fragen". Sie knirschte mit den Zähnen, dass ihr der Schaum vor dem Munde stand. Sie wurde von 3 Wärterinnen mit Mühe aus dem Garten zurückgeholt und in einer Zelle isolirt, worauf sie sich auf den Fussboden legte und noch einige Zeit mit den Zähnen knirschte und aufgeregt schien. Das Bewusstsein war bei diesem Anfalle nicht verschwunden, schien aber in gewissem Grade verdunkelt zu sein. Nachdem dieser Erregungszustand nach einigen Stunden vorüber war, kehrte ihr gewöhnliches Aussehen und Verhalten wieder zurück.

Der zweite Anfall wurde am 26. Januar beobachtet und zwar ohne jede äussere Veranlassung. Marie Dierks war an diesem Tage schon von Morgens an etwas leidend. Sie ass fast nichts zu Mittag und klagte über Kopfschmerz Etwa um 4 Uhr Nachmittags entfernte sie sich aus dem gemeinsamen Wohnraum, wo sie mit anderen Kranken zusammen war, und, als sie nach einiger Zeit nicht zurückkehrte, suchte sie eine Wärterin auf dem Aborte, wohin sie sich begeben hatte, auf. Sie fand dieselbe auf dem Fussboden liegend, mit dem Rücken an die Wand gelehnt. Sie war gänzlich bewusstlos, bleich und kalt. Reichlicher Schaum stand ihr vor dem Munde und ergoss sich aus demselben, woraus man schliessen kann, dass convulsivische Bewegungen der Kaumuskeln vorhergegangen waren, jetzt aber nicht mehr bemerkt wurden. Sie wurde auf ein Lager gebracht, wo sie noch längere Zeit, etwa eine Stunde lang, besinnungslos lag, worauf sie wieder zum Bewusstsein erwachte, aber noch längere Zeit, bis zum folgenden Tag, krankhaft ermattet und ohne Esslust blieb.

Der zuletzt geschilderte Anfall muss als ein epileptischer bezeichnet werden. Die Bewusstlosigkeit, wodurch sich die epileptischen von anderen Krämpfen unterscheiden, war eine vollkommene. Die Muskelzuckungen wurden zwar nicht beobachtet, aber der schaumige Speichel bewies, dass wenigstens die Kaumuskeln krampfhafte Zusammenziehungen erlitten hatten.

Den zuerst geschilderten Anfall kann man keinen vollkommenen epileptischen nennen, da das Bewusstsein einigermaassen erhalten blieb, die Nervenerregung war aber dabei so stark, dass man sie doch als krankhaft ansehen muss.

Nach diesen Beobachtungen und nach den früher herangezogenen Zeugenaussagen müssen wir annehmen, dass Marie Dierks seit ihrem 12. oder 13. Lebensjahre an Epilepsie leidet, ferner müssen wir annehmen, dass hier keine einfache Form der Epilepsie vorliegt, sondern die schwerere Form, die sich so häufig mit maniakalischen (tobsüchtigen) Zuständen verbindet. Diese Tobsuchtsanfälle werden von den Zeugen Hambrock, Wittwe Dierks,

Rodewald, Lehrer Meyer, Gendarm Klibbe der Art geschildert, dass die Kranke ihre Kleider zerriss, sich in die Finger biss und sich auch gegen ihre Umgebung wendete. Der Zeuge Rodewald hat auch Sinnestäuschungen in diesem Zustand beobachtet und deponirt, dass ein solcher Tobsuchtsanfall im Sommer 1877 einmal 14 Tage gedauert habe.

Die mit Epilepsie verbundenen Tobsuchtsanfälle hinterlassen erfahrungsmässig keine Erinnerung, wie die Zeugen im vorliegenden Falle auch einstimmig aussagen.

Wenden wir uns nun zu der Hauptfrage; zu der Frage ob Marie Dierks, als sie am 27. Mai v. J. ihren Bruder tödtete, als zurechnungsfähig anzusehen war.

Die Annahme, dass sie bei dieser That in einem Tobsuchtsanfall, also in einem besinnungslosen Zustande gehandelt habe, hat wenig für sich. Abgesehen davon, dass sie in einem solchen besinnungslosen Tobsuchtszustande schwerlich so dem Zweck entsprechend gehandelt haben würde, würde die Erinnerung an die That bei ihr erloschen sein. Das ist aber nach allen ihren Aussagen nicht anzunehmen.

Zweitens kann man der Erwägung unterstellen, ob anzunehmen ist, dass Marie Dierks bei der Tödtung ihres Bruders in einem solchen Wuthanfall gehandelt habe, wie er am 13. Januar in der hiesigen Anstalt bei ihr beobachtet worden ist. Das Bewusstsein war dabei nicht verschwunden und es ist allerdings möglich, dass bei einem solchen Zustande die Erinnerung an die That geblieben sei. So sagte dieselbe in einer ihrer Vernehmungen aus: „Auf einmal kriegte ich eine von meinen Touren in den Kopf, bei denen ich nicht weiss, was ich thue und stiess Wilhelm mit dem Kopfe vorüber in den Graben.“ Auch hier sagte sie öfters, „ich war ärgerlich“, womit sie einen solchen Zustand bezeichnen will.

Der hier beobachtete Wuthanfall trat nach einem Aerger ein und Marie Dierks hatte an jenem Tage der That eine besondere Gelegenheit sich zu ärgern, da sie wegen Diebstahls zu einer Gefängnissstrafe verurtheilt worden war. Es muss daher die Frage, ob sie in einem derartigen Wuthanfalle die That begangen hat, eine offene bleiben. Man kann sie weder beweisen, noch bestimmt verneinen.

Endlich muss man die Möglichkeit in's Auge fassen, dass Marie Dierks bei der Tödtung ihres Bruders in ihrem gewöhnlichen geistigen Zustande mit Vorbedacht gehandelt hat. Es würde dann die Annahme nahe liegen, dass sie aus selbstsüchtigen Beweggründen ihren Bruder als ein Hinderniss angesehen habe, die kleine, von ihrem Vater hinterlassene Anbauerstelle zu erhalten. So sagt die Zeugin Sophie Schweinebart aus, dass ihr Marie Dierks einmal gesagt habe, „wenn mein Bruder todt ist, bekomme ich die Stelle“. Vorher solle sie auch einmal fälschlich behauptet haben, dass ihr Bruder krank sei. Höchst beachtenswerth ist in dieser Beziehung ihr deponirte, nach dem Resultate der Untersuchung unwahre Besc' des Dietrich Hogrefe, sie zu der Tödtung ihres Bruders verleitet

Sie betont hierbei wiederholt und sehr bestimmt, dass Hogrefe den Tod ihres Bruders erstrebt habe, damit sie die väterliche Stelle erbe und er sie dann heirathen könne.

Der Gedanke, dass sich in diesen falschen Vorspiegelungen ihre eigenen selbstsüchtigen Wünsche und Absichten offenbarten, hat ohne Zweifel eine hohe Berechtigung.

Wollte man nun bei dieser Sachlage eine der beiden zuerst genannten Möglichkeiten annehmen, dass nämlich Marie Dierks bei der Tödtung ihres Bruders in einem bewusstlosen Zustande oder in dem Zustande krankhafter Wuth gehandelt habe, so würde die Annahme krankhafter Störung der Willensfreiheit kaum einem Widerspruche begegnen. Schwieriger aber gestaltet sich die Sache, wenn man der letztgenannten Annahme beipflichtet, dass die Genannte mit Vorbedacht aus eigensüchtigen Motiven gehandelt habe und ich glaube kaum zu irren, wenn ich voraussetze, dass die Mehrzahl derjenigen, welche diesem Criminalprocesse näher treten, mehr oder weniger zu dieser Ansicht hinneigen dürfte. Meine Untersuchung muss sich daher darauf richten, ob auch bei dieser Annahme gestörte Willensfreiheit anzunehmen ist.

Die Freiheit des Willens ist bekanntlich, naturwissenschaftlich betrachtet, ein schwer zu umschreibender, in unzähligen Abstufungen schwankender Begriff. Sie ist anders bei dem Kinde wie bei dem Erwachsenen und erscheint verschieden bei dem geistig niedrig als bei dem geistig hochstehenden.

Das Wesen derselben besteht in der freien und reichen Entwicklung der Vorstellungskreise. Es sinkt die Freiheit des Willens mit der Armuth der Vorstellungskreise, die den bleibenden Kern des Denkens und Wollens bilden. Sie sinkt mit der Fähigkeit, allgemeine und objective Anschauungen zu gewinnen. Es ist die Freiheit des Willens aber noch an eine andere Bedingung geknüpft, nämlich an die ungehinderte Bewegung der Vorstellungen. Wenn ein normaler Mensch einen Entschluss fassen will, so kommen unwillkürlich ihm alle Vorstellungen in's Bewusstsein, welche mit diesem Entschlusse in irgend einer Verbindung stehen, die ähnlichen, die entgegengesetzten, die den Entschluss fördernden und hemmenden. Es erfolgt eine Abwägung, eine Ausgleichung, so dass der gesunde Mensch schliesslich so handelt, wie er nach dem ganzen Inhalte seines Seelenlebens handeln zu müssen glaubt. Schon bei leidenschaftlicher Erregung wird dieser regelmässige Ablauf der Willensacte gestört. Die hemmenden, regulirenden Vorstellungen treten in den Hintergrund, so dass der Mensch oft handelt, wie er bei ruhiger Ueberlegung nicht handeln würde. Weit mehr noch tritt dieses bei krankhaften Zuständen hervor. Bei den Maniakalischen folgt der Willensimpuls blitzschnell auf die Vorstellung, unaufhaltsam folgt die That dem Gedanken. Bei dem Melancholischen ist der Zufluss der Vorstellungen gehemmt, das Bewusstsein bewegt sich in engen Kreisen, wodurch der Wille gelähmt oder ganz einseitig aufgeregt wird. Der oft reiche Inhalt des Vorstellungslebens kommt bei solchen krankhaften Zuständen nicht zur Geltung, weil die Freiheit und Regelmässigkeit der Bewegung fehlt. Auch überall,

wo sich mit oder ohne Sinnestäuschungen dauernde Wahnideen bilden, ist eine gestörte Bewegungsfähigkeit der Vorstellungen anzunehmen, da die corrigirenden Vorstellungen nicht zur Wirksamkeit kommen.

Dunkel und schwer erklärbar sind aber solche Zustände, in welchen auf einer krankhaften Basis verkehrte, auffallende Handlungen beobachtet werden, ohne dass die Auffassung der Aussenwelt im gewöhnlichen Sinne des Wortes wesentlich gestört erscheint.

Man hat bei solchen Fällen von moralischem Irrsein, von Irrsein ohne Delirium und in ähnlichen Ausdrucksweisen gesprochen. Es lassen sich diese Erscheinungen aber doch immer auf ein Hervordrängen einzelner Vorstellungsgruppen zurückführen, welche zu Willensimpulsen werden, ohne dass corrigirende Vorstellungsreihen hemmend in den Weg treten. Es giebt Kranke dieser Art, die sich durch fortdauernd verkehrtes Handeln in jeder Lebensstellung unmöglich machen. Eine gewisse geistige Schwäche ist wohl immer damit verbunden, doch tritt diese Schwäche mehr in der Haltlosigkeit des Charakters hervor. Es sind solche Menschen meistens erblich zu geistiger Abnormität disponirt und oft genug sieht man dieselben früher oder später in schwerere Störungen des Gehirn- und Nervenlebens verfallen. Umgekehrt sind Nerven- und Hirnkrankheiten, auch wenn sie nur periodisch auftreten, häufig die Veranlassung einer dauernden krankhaften Veränderung des psychischen Lebens, die sich weniger in Wahnideen und sonstigen auffallenden geistigen Störungen als in krankhafter Willensrichtung zeigt. Es ist die Epilepsie vor allem eine Krankheitsform, welche das geistige Gleichgewicht zu stören im Stande ist. Doppelt verwüstend wirkt aber die Epilepsie, wenn sie so schwerer Art ist, dass sie mit tobsüchtigen Zuständen verbunden erscheint. Diese Formen sieht man in jeder Irrenanstalt und fast niemals findet man bei diesen Kranken in ihren relativ besten Zeiten ein ungestörtes Geistesleben. Sie sind reizbar, rücksichtslos und neigen zu unbesonnenen und gefährlichen Handlungen. In ihrem einseitig gesteigerten Egoismus erkennen sie nicht die Rechte anderer an und fühlen daher auch keine Reue, wenn sie ein Unrecht begangen haben.

Dieses ist der Zustand, welchen wir bei Marie Dierks vor uns haben. Es ist kein höherer Grad des Blödsinns bei ihr vorhanden, aber ihr Gemüthsleben ist krankhaft verändert.

Eine reizbare Schwäche des Charakters, ein einseitiges Vordrängen egoistischer Vorstellungen und Motive in ihr Bewusstsein trübt ihren Blick in die Aussenwelt. Ihr Gefühl für die Rechte sowohl als für die Leiden ihrer Nebenmenschen ist erkaltet und es fehlt ihr daher der Grundpfeiler jeder sittlichen Weltanschauung.

Man wird vielleicht einwenden, dass bei jedem Verbrecher diese sittliche Weltanschauung ebenfalls fehle, man wird aber bei näherer Untersuchung geistesgesunder Verbrecher finden, dass bei denselben diese Erstarrung und Verödung des Gemüthslebens nach allen Richtungen hin nicht vorhanden ist, wie dieselbe uns in dem vorliegenden Falle entgegentritt.

Ich habe daher die Ansicht gewonnen, dass das Seelenleben der Marie Dierks seit längerer Zeit, jedenfalls seit mehreren Jahren, ein krankhaft verändertes ist.

Die Gründe für diese Annahme fasse ich nachstehend nochmals kurz zusammen.

1. Die Genannte ist erblich zu geistigen Abnormitäten disponirt. Ihr Vater war ein Trinker und der Bruder ihres Vaters soll epileptisch gewesen sein.

2. Dieselbe leidet seit ihrem 12. oder 13. Lebensjahre an Epilepsie und zwar an jener schweren Form derselben, welche mit Tobsuchtsanfällen verbunden ist. Diese Tobsuchtsanfälle dauerten Tage lang und dehnten sich einmal bis zu der Dauer von 14 Tagen aus. Erfahrungsmässig hat aber diese Art der Erkrankung in der grossen Mehrzahl der Fälle einen höchst zerstörenden Einfluss auf das gesammte geistige Leben der Befallenen.

3. die geistigen Functionen der Genannten erscheinen bei näherer Beobachtung dauernd krankhaft verändert. Der Grad der Intelligenz ist als Schwachsinn zu bezeichnen und mehr noch trägt das Gemüthsleben den Stempel der Schwäche und Reizbarkeit.

4. Die näheren Umstände der Unthat, deren Marie Dierks überführt ist, sind ebenfalls geeignet, die Meinung zu unterstützen, dass dieselbe in einem geistig gestörten Zustande gehandelt habe. So schwer es uns fällt, die grausame Hinmordung eines unschuldigen, wehrlosen Kindes, des einzigen Bruders, bei einem gesunden menschlichen Gefühl für möglich zu halten, so ungezwungen reiht sich dieselbe der langen Reihe von Gräuelthaten an, welche die Annalen der gerichtlichen Medicin von Geisteskranken erzählen.

5. Die Genannte zeigt kein der Sachlage auch nur einigermaassen entsprechendes Reuegefühl betreffs der von ihr begangenen grauenvollen That. Auch dieses ist charakteristisch für ähnliche Thaten in ähnlichen Zuständen.

Auf die vorstehenden Thatsachen und Erwägungen gestützt, gebe ich mein Gutachten dahin ab, dass, meiner Ueberzeugung nach, Marie Dierks am 27. Mai vorigen Jahres bei der Tödtung ihres Bruders sich in einem Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden hat, durch welche ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Insofern die beiden Brandstiftungen am 12. Nov. und 11. Dec. 1877, deren Marie Dierks verdächtig war, noch in Betracht kommen sollten, glaube ich dass auch zu jener Zeit die Genannte sich in einem geistigen Zustande befunden hat, welcher die freie Willensbestimmung ausschloss.

Schliesslich habe ich wohl kaum nöthig, noch hervorzuheben, dass Marie Dierks im höchsten Grade gemeingefährlich ist und dass es daher dringend geboten erscheint, sie dauernd unschädlich zu machen.

Dass ich das vorstehende Gutachten nach bestem Wissen und bester Ueberzeugung ausgestellt habe, versichere ich auf meinen Diensteid.

Dr. *Snell.*

Nachtrag. Nachdem das vorstehende Gutachten bereits abgeschlossen und zur Reinschrift abgegeben war, hatte Marie Dierks am 9. Februar nochmals einen epileptischen Anfall, und zwar in ganz ähnlicher Weise wie am 26. Januar. Sie war an diesem Tage von früh morgens an leidend und ohne Esslust. Sie hatte sich nach dem Mittagessen von den anderen Kranken zurückgezogen und wurde bald darauf in einem gänzlich besinnungslosen Zustande gefunden. Convulsionen wurden auch diesesmal nicht gesehen die Kranke hatte aber Schaum vor dem Munde und die beiden Daumen eingeschlagen. Die Besinnung kehrte nach etwa einer halben Stunde allmählich wieder zurück, die Abgeschlagenheit in den Gliedern blieb aber bis zum folgenden Tage.

Diese weitere Beobachtung hat keine wesentliche Bedeutung für das vorstehende Gutachten und wird nur der Vollständigkeit wegen nachträglich mitgetheilt.

Nach Maassgabe des vorstehenden Gutachtens wurde Marie Dierks als unzurechnungsfähig von dem Gerichte ausser Verfolgung gesetzt und befindet sich jetzt als Geisteskranke in der hiesigen Anstalt. Dr. *Snell.*

Gutachten über den Geisteszustand der Louise K. in Untersuchung wegen Brandstiftung.

L. K. aus M. wurde der Brandstiftung beschuldigt, weil sie, im Hause ihres Halbbruders wohnend, die einzige war, auf welche der Verdacht derselben fallen konnte. Die Frau des Halbbruders, welche des Morgens früh aufwachte, bemerkte Rauch in der Küche, und fand bei näherer Untersuchung, dass in einem neben der Küche liegenden Zimmer Feuer ausgebrochen sei. Während dies gelöscht wurde, entstand plötzlich an einer andern Stelle des Hauses ein neues Feuer, welches ebenfalls gelöscht wurde. Man fand ferner, dass die Kleidertasche und ein Theil des Kleides, sowie ein in der Tasche des Kleides befindliche Geldbörse der L. K. angebrannt waren. Dieselbe wurde alsbald zu Bette gebracht und seitdem sorgfältig überwacht. Nach diesem Vorfall war sie äusserst verschlossen, antwortete gar nicht oder nur mit Ja und Nein.

Nach dem vom Grossherz. Obergericht zu V. eingezogenen Bericht des Dr. med. *N.* zu O. vom 26. Mai 1873 ist die L. K. 33 Jahre alt, unverheirathet, und soll seit längerer Zeit geisteskrank sein. Nach Aussage ihrer Angehörigen soll sie vor etwa 3 Jahren einen Anfall von nicht näher zu bezeichnender Geistesstörung, der ungefähr ein halbes Jahr gedauert, gehabt haben. Seit der Zeit war die Kranke immer mehr still, schweigsam und in sich gekehrt, sie verrichtete ihre Arbeiten langsam und träge, führte zuweilen sonderbare Redensarten. Sie sprach oft davon, dass sie sich noch einmal das Leben nehmen würde, nur war sie zweifelhaft, ob sie sich ver-

giften, oder ertränken soll. Ihre Angehörigen, die auf ihre Reden nicht sonderlich Acht gaben, beachteten den Zustand nicht weiter. Nur bemerkten sie, dass sie öfters des Nachts aufstand, und den Einen oder Andern weckte mit der Bemerkung, dass sie ein auffallendes Geräusch auf dem Boden oder im Nebenzimmer höre, und sie möchten doch eben nachsehen, was die Ursache davon sei. Auch stand sie öfter des Nachts auf, setzte sich an das Bett Anderer und klagte dabei, dass sie so unglücklich sei. Vor einiger Zeit reichte sie einem Mitbewohner ihres Hauses ein Glas Wasser mit dem Bemerken, dass das Wasser aber vergiftet sei; lachend trank er dasselbe aus, bekam aber seiner Aussage nach heftiges Erbrechen davon.

Herr Dr. *N.* fand die Kranke im Bette liegend. Puls war äusserst langsam, Herzklopfen nicht zu bemerken, nur ein unstätes Rollen der Augen auffallend. Einen körperlich krankhaften Zustand konnte er nicht wahrnehmen. Die Kranke war äusserst still und schweigsam. Dr. *N.* hielt es für sehr wahrscheinlich, dass die Untersuchte geisteskrank sei, und hielt ihre Aufnahme in die Irrenheilanstalt zu Wehnen für dringend geboten.

Auf Antrag des Grossherzoglichen Verwaltungsamts zu S. wurde nun die Kranke am 26. Mai 1875 in die Irrenheilanstalt zu Wehnen aufgenommen.

Status praesens: Patientin ist von grosser schlanker Gestalt. Musculatur ziemlich kräftig entwickelt. Hautfarbe blass, Gesichtsform oval. Stirn und Nase gewöhnlich. Mund klein. Iris grau. Pupillen verengt, zeigen kaum Differenz. Augen gross. Zähne defect. Zunge ohne Beleg. Zittert nicht und weicht nicht ab. Haare hellblond. Schädelanomalien fehlen. Herz- und Leberdämpfung normal gross. Herztöne rein. Lungen ohne Abnormitäten. Puls 92, Respiration 20, Körpergrösse 1,67.

Gerader Schädeldurchmesser	18,0	Ctm.
Querer "	14,0	"
Langer "	22,0	"

Schädelperipherie 57,0 Ctm.

Bei ihrer Aufnahme war Kranke sehr trübe gestimmt, auch unbesinnlich, sie weinte viel und verlangte wieder zu den Ihrigen gebracht zu werden; sonst sprach sie wenig und antwortete auf alle Fragen nur „ich weiss nicht". Appetit war ungenügend, Nachtruhe gestört. Kranke stand oft aus dem Bette auf, ohne jedoch laut zu sein. Verordnung Abend 0,12 Opium. Auf eindringliche Fragen gab sie zu, das Haus ihres Bruders angezündet zu haben, wusste aber keinen rechten Grund für ihre That, schliesslich sagte sie unter Weinen, sie müsste es wohl aus Muthwillen gethan haben, auch behauptete sie, im Hause ihres Bruders ein fortwährendes Klappen gehört zu haben; sie schien Reue über ihre That zu empfinden, und leugnete, dieselbe in böser Absicht vollbracht zu haben. Alle ihre Angaben waren von stetem Weinen begleitet. Einer anderen Kranken gestand sie, dass sie krank geworden sei, weil ihr Bruder sie an einer Heirath verhindert habe. Sonst verkehrte sie mit anderen Kranken fast gar nicht, sondern sass gewöhnlich still für sich in einer Ecke. Der Appetit blieb

ungenügend. Sie verstand sich nur nach vielem Nöthigen zum Essen, mitunter stand sie auch des Nachts auf, jedoch geschah dies seltener als anfangs. Die Thätigkeit war gut; sie beschäftigte sich fleissig mit Handarbeit. Mitunter traten Angstanfälle ein; sie war dann erregt, schien in Sorgen wegen ihrer Verwandten zu sein, fragte oft mit ängstlichem Blick, ob man noch nicht an dieselben geschrieben habe. Einmal machte sie auch einen Fluchtversuch, wurde jedoch bald wieder eingebracht. Die beschriebenen Angstgefühle dauerten nur kurze Zeit, und niemals lärmte sie während derselben. Der beschriebene Zustand dauerte etwa 5 Monate hindurch. Das Körpergewicht stieg während dieser Zeit von 44 Kilogr. auf 60,5 Kilogr. Die Menses traten nur einmal kurz nach der Aufnahme ein und cessirten danach stetig.

Von jetzt an wurde die Kranke immer verschlossener und unzugänglicher, sass des Abends gewöhnlich am Fenster, in die Dunkelheit hinausstarrend. Zuweilen traten heftige Erregungen ein, wobei sie laut schrie, auch wohl ihre Kleider zerriss, indem sie sich nicht ankleiden wollte. Jedoch bald tritt wieder Beruhigung ein; beim Essen macht sie viele Schwierigkeiten, so dass sie fast jeden Tag gefüttert werden musste. Nachdem dieser Zustand etwa 7 Monate bestanden hatte, trat plötzlich eine auffallende Besserung hervor. Die Kranke fing nemlich an unaufgefordert zu arbeiten, ging mit den Kranken auf's Feld hinaus, half den ganzen Tag sehr fleissig beim Jäten, ohne dabei ein Wort zu sprechen. Diese Thätigkeit dauerte aber nur 6 Tage, und liess ebenso plötzlich wieder nach, wie sie begonnen; am 7. Tage bot die Kranke das Bild grösster geistiger Versunkenheit dar. Die Stimmungen wechselten dann wieder; sie schimpft den einen Tag laut, den andern jammert sie, ohne sich weiter auszusprechen, zeigt grosse Neigung, sich zu entkleiden, dann beruhigt sie sich wieder und sitzt einsam mit verhülltem Gesicht in ihrer dunkelen Ecke. Es wurde immer schwieriger, ihr Nahrung beizubringen; sie presste die Zähne fest auf einander, so dass nichts übrig blieb, als zur Schlundsonde zu greifen. 28. Aug. 1874. Diese wurde jetzt zweimal täglich, Morgens und Abends eingeführt. Des Morgens erhielt sie Milch mit Ei, des Abends Fleischextract nach der Angabe von *Liebig*

R. Cornis opt. 125,0
Aq. destill. 360,0
Acid. muriat. gutt. 3
Natr. chlor. 2,0
Macera ad Colat. 240—260.

Anfangs machte die Einführung der Sonde grosse Schwierigkeiten, die Kranke schlug um sich, schimpfte, so dass sie oft von der Wärterin gehalten werden musste. Später verlor sich dieser Widerstand; sobald aber die Fütterung geschehen war, brach sie in ein furchtbares Geschrei aus, welches gewöhnlich mehrere Stunden anhielt.

Dieser Zustand absoluter Nahrungsverweigerung dauerte volle neun Monate an bis zu ihrem Tode.

Die Kranke nahm nur die angegebene Quantität Nahrung zu sich, weiter nichts; nur bemerkte man, dass sie zuweilen nach der Wasserleitung ging, und aus einer Schürze Wasser schlürfte.

Augenscheinlich litt die Kranke an intensiven Hallucinationen sowohl des Gehörs, als Gesichts. Sie sass, wie schon bemerkt, oft mit verhülltem Gesicht da, als ob sie etwas Schreckliches nicht sehen wollte; mitunter tastete sie unter lautem Wimmern ängstlich mit den Händen an der Wand herum, Nachts legte sie sich häufig zu andern Kranken in's Bett, als wenn sie bei ihnen Schutz suchen wollte.

Nach Empfehlung von *Otto* wurde Amylnitrit inhalirt, indem man 2 bis 4mal täglich 5 Tropfen auf Baumwolle brachte, um die durch die spastische Zusammenziehung der kleinen Gefässe supponirte Hirnanämie, als Ursache des Torpors, zu heben; aber nach dreiwöchentlicher Anwendung ohne Erfolg. Die Kranke zeigte unverändert dasselbe verschlossene unzugängliche Wesen, und eine Starrheit, welche nur durch die Paroxysmen von Aufregung, die jedesmal nach dem Füttern eintraten, unterbrochen wurde.

Trotz der absoluten Nahrungsverweigerung blieben die Körperkräfte der Kranken doch merkwürdig lange erhalten; auch das Körpergewicht nahm, wenn auch stetig, doch sehr allmälig ab, bis es kurz vor dem Tode auf 37 Kilogr. gesunken war — bei der Aufnahme betrug es 44 Kilogr. — Die Erhaltung der Kranken in einem leidlich guten Zustand während der Dauer einer neunmonatlichen Abstinenz ist vorzüglich dem *Liebig*'schen Präparat zuzuschreiben, welches sich hier ausgezeichnet bewährt hat. Erst in den letzten 4 Wochen stellten sich bei der Kranken Erscheinungen ein, die ein baldiges Ende befürchten liessen. Sie bekam Ohnmachtsanfälle, erschöpfende Durchfälle, die unwillkürlich erfolgten, ödematöse Anschwellungen — zeigte einen penetranten foetor ex ore. Am 26. Mai 1875, nach 2jährigem Aufenthalt in der Anstalt, verschied sie.

Obduction: 51 Stunden nach dem Tode.

Hochgradig abgemagerte Leiche, keine Todtenstarre vorhanden.

In der Schädelhöhle keine Abnormitäten.

Im Herzbeutel eine ziemlich grosse Menge grün-gelblicher klarer Flüssigkeit. Herz contrahirt — im rechten Ventrikel etwas dunkelflüssiges Blut, linker Ventrikel leer. Muskulatur und Klappenorgane normal. Rechte Lunge überall lufthaltig, ziemlich blutleer, sonst ohne Abnormitäten.

Linke Lunge: obere Lappen überall lufthaltig, blutarm — unterer Lappen in seinem ganzen Umfang verdichtet und luftleer, an der Basis zwei Cavernen, die eine von der Grösse eines Taubeneies, die andere von der einer Bohne. Beide Cavernen sind gefüllt mit brauner trüber übelriechender Flüssigkeit.

In der Bauchhöhle: Magen collabirt, enthält eine geringe Menge

brauner trüber Flüssigkeit, Schleimhaut schiefergrau gefärbt, stellenweise injicirt.

Leber von derber Structur, ziemlich blutreich, Gallenblase stark gefüllt mit dunkeler Galle. Milz schlaff gerunzelt, Kapsel etwas verdickt, sonst normal. Harnblase stark gefüllt mit klarem Urin. Darmkanal ohne Abnormitäten.

Epikrisis.

Die Diagnose des Falls bietet keine Schwierigkeiten, da — es handelt sich um eine Melancholie mit Sinnestäuschungen und Wahnideen (melancholischer Wahnsinn). Letztere, deren Art sich bei der Verschlossenheit der Kranken nicht angeben lässt, müssen jedenfalls in grosser Intensität bestanden haben, wie die 9 Monate hindurch mit solcher Consequenz durchgeführte Nahrungsverweigerung beweist, welcher als Ausfluss dieser Wahnideen anzusehen ist. Als Quelle der Wahnvorstellungen lässt sich hier deutlich „Sinnesdelirien" nachweisen; sie bestanden bereits, als Kranke sich noch im Hause ihres Bruders befand, worüber sie sich dort wie in der Anstalt aussprach, sowie die Brandstiftung darauf zurückzuführen sein dürfte. Wahnideen bestanden damals noch nicht, sie entwickelten sich später aus den Sinnesdelirien; man konnte wahrnehmen, wie die Kranke ein immer mehr und mehr occupirtes Wesen zeigte, und schliesslich der völligen Versunkenheit anheimfiel. Die Sinnestäuschungen bestanden in Hallucinationen des Gesichts und vorzüglich des Gehörs.

Die so sehr in den Vordergrund tretende Nahrungsverweigerung hat wahrscheinlich ihren Grund in Gehörstäuschungen, die sehr intensiv gewesen sein müssen, um zu bewirken, dass die Kranke 9 Monate hindurch dem so mächtigen Triebe des Hungers und Durstes Widerstand leisten konnte. Es ist eine solche Abstinenz kaum zu begreifen, oder man müsste annehmen, dass das Hungergefühl später durch die in Folge des anhaltenden Hungers entstandenen, freilich unbekannten pathologischen Zustände übertäubt wurde; dass die Kranke so lange am Leben erhalten wurde, ist in erster Linie der Ernährung durch Liebig'sches Fleischextract zuzuschreiben. Wenn man annimmt, dass ein Erwachsener täglich zu seiner Ernährung ungefähr 3 Kilogramm an Nahrungsmitteln verbraucht, und erwägt, dass Kranke an Fleischextract und Milch mit Ei zusammen höchstens 600—700 Grm. täglich erhielt, so ergiebt dieses ein glänzendes Zeugniss für den Werth des angewandten Nahrungsmittels, wenn Kranke dadurch 9 Monate am Leben erhalten wurde.

Wenn auch die Nahrungsverweigerung höchst wahrscheinlich durch Hallucinationen bemerkt wurde, so liess sich doch noch die Frage aufwerfen, ob eine so absolute Abstinenz nicht abhängig wäre von pathologischen Veränderungen bestimmter Nerven und Nervencentren, welchen man Einfluss auf die Ernährung, vorzüglich auf das Hungergefühl zugeschrieben hat. Liesse sich das beweisen, so erschiene die consequente Nahrungsverweigerung weniger heroisch. Es kommt vorzüglich die Einwirkung des

Nerv. vagus in Betracht, von dessen sensiblen Fasern die Empfindung des Hungers abhängig zu sein scheint. Möglich ist auch, dass Veränderungen, welche die centralen Enden der Nerv. vagi treffen, das Hungergefühl bald erregen, bald mindern können. Hierauf deutet sowohl der Einfluss psychischer Momente als auch der Umstand hin, dass durch Anfüllung des Magens mit unverdaulichen Massen das Hungergefühl zwar auf einige Zeit betäubt, aber nicht dauernd befriedigt werden kann. Letzteres lässt sich nur erklären, wenn man annimmt, dass die mangelhafte Ernährung jener centralen Nervenenden eine Empfindung in denselben erregt, die in der Peripherie projicirt wird.

Werden bei Thieren die Nerv. vagi durchschnitten, so fressen dieselben noch nach wie vor mit Appetit (*Brachet*, *Sedillot*). Aus diesen Experimenten ziehen *Schiff*, *Vierordt* u. A. den Schluss, dass das Hungergefühl gar nicht oder doch in sehr untergeordneter Weise von der Integrität der Vagi abhängig sei. Es steht aber denselben durchaus nicht die Annahme entgegen, dass psychische Momente und Anregungen der centralen Enden der Vagi auf die Hungerempfindung einwirken, also auch bei pathologischen Zuständen Verlust des Hungergefühls, Nahrungsverweigerung herbeiführen können.

Für eine Therapie für Zustände der Nahrungsverweigerung ergeben sich daher vorläufig noch keine Indicationen. Die Nahrungsverweigerung ist ja nur das Symptom eines verwickelten Krankheitsprocesses, von letzterem nicht abzutrennen und nicht mit Erfolg für sich zu behandeln. Das primum agens der Krankheit liegt nicht im Nervus vagus. Daher dürfte es sich auch empfehlen, in solchen Fällen von Nahrungsverweigerung möglichst durch künstliche Ernährung das Leben zu fristen und zu erhalten.

Nachdem auf Aufforderung des Untersuchungsrichters des Grossherzoglichen Obergerichts in V. ein Gutachten über den Geisteszustand der L. K. abzustatten, dasselbe von der Direction der Anstalt unter dem 3. Juni 1876 abgegeben wurde und dahin lautete, „dass die Angeschuldigte nicht mit freier Selbstbestimmung handelte, als sie die Brandstiftung ausführte“ — wurde von einer weiteren Untersuchung abgestanden.

Dr. *Kelp*.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die psychiatrische Section der 51. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Cassel vom 11. bis 17. September 1878.

Anwesend waren folgende Herren: *Binswanger*-Breslau, *Brosius*-Bendorf, *Claus*-Sachsenberg, *Cramer*-Cassel, *Cramer*-Marburg, *Erlenmeyer*-Bendorf, *Kessler*-Blankenhain, *Koehler*-Hubertusburg, *Loechner*-Klingenmünster, *Lorent*-Bremen, *Meschede*-Königsberg, *Müller*-Blankenburg, *Otto*-Sachsenberg, *Pick*-Prag, *Ramaer*-Haag, *Ripping*-Düren, *Schmidt*-Cassel, *Schneider*-Cassel, *Seebohm*-Königshof, *Siemens*-Marburg, *Snell*-Hildesheim, *Stark*-Stephansfeld, *Stümcke*-Lengerich, *Wiedemeister*-Osnabrück, *Wendt*-Schwetz, *Westphal*-Berlin.

In den drei Sitzungen waren Vorsitzende Dr. *Cramer*, Dr. *Snell*, Dr. *Ramaer*.

Dr. *Snell:* Ueber Oligorie (mangelnde Empfänglichkeit der Geisteskranken [1]).

Der Vortragende spricht über die Krankheitszustände der Geisteskranken, welche sich durch gesunkenes oder alienirtes Selbstbewusstsein in der Art charakterisiren, dass diese Kranken nicht mehr fähig sind, die Eindrücke der Aussenwelt aufzufassen, wie dieses bei Melancholie mit Stupor, bei Manie mit grosser Verwirrung und bei den höheren Graden des Blödsinns beobachtet wird. Da für diese wissenschaftlich und practisch so wichtigen Zustände bis jetzt eine zusammenfassende Bezeichnung fehlt, so schlägt *Snell* vor, mit dem Worte Oligorie (*Ὀλιγωρία*, mangelnde Empfänglichkeit der Beachtung) diese Zustände des aufgehobenen Zusammenhangs mit der Aussenwelt zu bezeichnen.

In der sich anschliessenden Discussion äusserte *Westphal*, man müsse die beiden als Oligorie zusammengefassten Zustände trennen, wo einerseits die mangelnde Theilnahme an der Aussenwelt wirkliche Stumpfheit der geistigen Facultäten sei und andererseits, wo die krankhafte Bewegung oder

[1]) Vortrag im XXXV. Band dieser Zeitschrift, S. 587.

Beschaffenheit der Vorstellungen die Eindrücke der Aussenwelt verdunkle oder verhülle. — Der Vortragende gab diesen Unterschied vollständig zu, bemerkte aber, dass es ihm vor allem darauf ankomme, das practisch und wissenschaftlich so wichtige Gebiet der Oligorie durch eine allgemein verständliche Bezeichnung der Wissenschaft gleichsam zu gewinnen, was keineswegs ausschliesse, weitere Untersuchungen auf diesem Felde vorzunehmen. — *Brosius* machte die Bemerkung, dass die als Oligorie bezeichnete Erscheinung wesentlich Mangel an Reaction sei und dass daher ein Wort, welches dieses bezeichne, vorzuziehen sei. — *Snell* erwiderte darauf, dass die mangelnde Reaction gewiss ein wesentlicher Theil des oligorischen Zustandes sei, ihn aber doch nicht vollkommen bezeichne, indem die mangelnde Auffassung der Aussenwelt dabei ebenfalls wesentlich sei; es möchte sich auch schwer ein anderes Wort finden lassen, wenn man nicht zu ganz neuen Wortbildungen greifen wolle, was immerhin nicht ohne Bedenken sei.

Dr. *Ramaer*: Ueber das Niederländische Irrenwesen.

Das niederländische Irrenwesen ist bisher nur von seiner guten Seite bekannt; Redner will die Verhältnisse unpartheiisch schildern. Es giebt in Holland 13 Anstalten (darunter 2 reine Pflegeanstalten), die nach Grösse, Einrichtung etc. sehr verschieden sind. Einige, wie Mastricht, Amsterdam, Zütfen sind, zu ihrem grossen Nachtheile, mit Krankenhäusern verbunden; viele sind überfüllt, so dass einer Menge von Irren die Aufnahme verweigert werden muss. Sämmtliche Anstalten enthalten etwa 4000 Kranke. Die Zahl der Frauen überwiegt in Etwas die der Männer. Fast alle Anstalten haben Gasbeleuchtung; betr. Heizung sind die Systeme verschieden. Bekleidung und Beköstigung sind durchgehends gut.

Ursprünglich und eigentlich sollte auf 120 Kranke 1 Arzt kommen, diese Regel ist in einer Weise überschritten, dass jetzt 200—250 nur 1 Arzt haben.

In der Behandlung sind mehrfach noch Zwangsmittel in Anwendung, was namentlich von den Einrichtungen, von der Anfüllung der Anstalt und von der Qualität des Wartepersonales abhängig ist.

Nur in 2 Anstalten existiren für unruhige und halbruhige Kranke besondere Abtheilungen.

Die niederländischen Anstalten stehen unter General-Inspectoren, deren Einfluss indessen nur ein moralischer ist; sie berichten an den Minister des Innern; von ihnen gehen die Vorschläge zu Verbesserungen an den Minister oder auch an den König.

Bis jetzt ist gesetzlich über Einrichtung der Anstalten, Verpflegung der Kranken Nichts vorgeschrieben. Privatanstalten sind in Holland noch nicht concessionirt.

Dr. *Wiedemeister* leitet eine Discussion ein über den Zusammenhang zwischen Herzkrankheiten und Psychosen durch folgenden Ideengang: Während Nicht-Psychiater sehr geneigt seien, den Herzkrankheiten einen causalen Einfluss auf die Entstehung der Psychosen einzuräumen, herrsche in

psychiatrischen Kreisen eine entgegengesetzte Anschauung. Soweit ihn sein Gedächtniss nicht trüge, gebe *Bazin* die Zahl der bei den Sectionen Geisteskranker erkrankt gefundenen Herzen auf 1%, *Witkowsky* nach Siegburger Zahlen auf etwas über 7%, und *Karrer* in Erlangen auf etwa 30% an. Um zu sicheren Zahlen zu kommen, habe er seit einigen Jahren den Maassstab zur Hand genommen und vorläufig zunächst die Dicke der linken Ventrikelwandungen gemessen und gefunden, dass, den normalen Durchmesser bei Weibern zu 11 Millimetern und bei Männern zu $13^1/_2$ angenommen, dieselben Durchmesser bei Geisteskrankverstorbenen in 75% der Fälle sich auf 15 resp. 18 Millimeter erhoben und eine excentrische Hypertrophie des linken Ventrikels vorhanden sei.

An der zum Theil oppositionellen Discussion betheiligten sich *Snell*, *Westphal*, *Pick*, *Köhler*, *Ripping*.

Dr. *Ramaer:* Uebersicht der Theorien der Psychiatrie.

Unsere Wissenschaft befindet sich in einer ganz besonderen Lage; ich möchte dieselbe vergleichen mit der menschlichen Gesellschaft nach einer Revolution; alle Gemüther sind in Bewegung, man weiss nicht, was werden wird; die organisirende Hand ist noch nicht da, und nun kommt man von verschiedenen Seiten mit Plänen, das Vaterland zu retten. Auch unsere Wissenschaft hat eine grosse Revolution überstanden; die Psyche, der Abgott aller früheren Geschlechter, ist von ihrem Throne gerissen, und es ist nicht wahrscheinlich, dass sie in der Wissenschaft je wieder zur Geltung kommen werde. Wohl wird es lange dauern, bis ihre letzten Spuren verwischt sein werden, und die Namen, welche sie unseren Begriffen gegeben, werden noch lange das Bürgerrecht in der Wissenschaft behalten; wir können uns selbst nicht einmal denken, welche Ausdrücke wohl die Stelle der „Psyche“, „Seelenerscheinungen“, „Geisteskranken“, „Psychiatrie“ einnehmen werden. Inzwischen fehlt es nicht an Plänen, den neuen Zustand zu organisiren, und von vielen Seiten erhalten wir Theorien, worauf die Wissenschaft fortbauen kann. Hier ist es das Verhältniss des bewussten zum unbewussten Seelenleben, worin man die Erklärung aller psychischen Erscheinungen finden will, dort sind es die Störungen des labilen Gleichgewichtes, welche den Schlüssel zum Verständnisse der psychischen Störungen liefern sollen, oder man findet diesen in den Bewegungen der Aetheratome, deren grössere oder geringere Schnelligkeit alle normalen und abnormen psychischen Aeusserungen auf's Deutlichste erklären soll.

Junge Leute sind gewöhnlich bald fertig mit ihren Theorien; ich bedaure, dass grosse Talente ihren Geist damit beschäftigen, wodurch sie von wichtigeren Arbeiten abgehalten werden; und nicht nur das, das Theoretisiren hat auch den Nachtheil, dass es den untersuchenden Geist in Schranken hält und an die einmal gebildete Theorie bindet. Ich kann hier aus eigener Erfahrung sprechen; in meiner Jugend war ich bald mit der Theorie fertig und unwillkürlich suchte ich nachher immer nach neuen Stützen für dieselbe. Hiermit will ich die Theorie nicht gering schätzen. Soll sie aber

Bedeutung haben, dann muss sie auf Thatsachen begründet sein und nicht von einer blossen Idee ausgehen, sie muss, um mit Kaiser Napoleon zu sprechen, das Gebäude krönen, obwohl er, Theoretiker wie er war, gerade seinem Gebäude eine Krone zur Unterlage gab, und wir wissen, wie durch einen einzigen kräftigen Stoss das ganze Gebäude zusammenstürzte.

Theorien also thun der psychiatrischen Wissenschaft nicht noth. Was sie aber braucht, das ist die genaue Kenntniss der Wirkungen der verschiedenen Hirntheile auf einander. Haben schon früher *Flourens*, *Longet* u. A. Beachtenswerthes auf diesem Gebiete geleistet, eine neue Phase ist in dieser Kenntniss durch die Untersuchungen von *Hitzig*, *Ferrier*, *Nothnagel* und *Fournié* eingetreten und merkwürdiger Weise bestätigen in letzter Zeit die pathologischen Befunde der cerebralen Localisation die physiologischen Experimente so vollkommen, dass wir erwarten dürfen, zur sicheren Erkenntniss der Verrichtung der verschiedenen Hirntheile zu gelangen. Dann werden wir unter Beihülfe einer besseren Analyse der psychischen Erscheinungen, als der jetzigen, eine gute Theorie aufbauen können, zur Krönung unseres wissenschaftlichen Gebäudes.

Und was wird inzwischen aus unseren armen Kranken werden! Sehen Sie, meine Herren, uns Praktikern geht es, wie der Mittelklasse in politischen Revolutionen; ein Theil dieser hält am Alten fest und bleibt der früheren Ordnung getreu, der andere bekennt sich enthusiastisch zur neuen Ordnung, aber alle treiben ihr tägliches Geschäft fort, wie früher. Nicht anders geht es dem praktischen Irrenarzt. Wie sich die Theorie auch gestalte, er weiss recht gut, wie er seinen Kranken zu behandeln hat und kann er auch nicht immer genau angeben, welcher Hirntheil erkrankt ist, er kennt doch den Einfluss der übrigen Organe auf das Gehirn, er weiss, wie die Veränderungen der Circulation und des Blutdrucks die Verrichtungen des Gehirns im Allgemeinen modificiren, wie gross der Einfluss der abdominalen und sexuellen Störungen ist, wie extracerebrale Affectionen des Nervensystems und endlich der Zustand des Blutes selbst ändernd auf das Hirnleben einwirken; er weiss mehr, er kennt den Zusammenhang constitutioneller Krankheiten, Syphilis, Scrophulosis, Gicht etc. mit den Störungen des Stoffwechsels im Allgemeinen und des Gehirns insbesondere, und mit diesen Kenntnissen gewaffnet, weiss er die besonderen Fälle zu behandeln, welches auch die Theorie sei, wonach er sie beurtheilt.

Ist denn von der Theorie gar kein Nutzen für die psychiatrische Praxis zu erwarten? Gewiss! Die Kenntniss der Wirkungen der Hirntheile auf einander wird unsere Diagnose bestimmter machen und alle Vortheile erzielen, welche eine genauere Kenntniss der Erscheinungen für die Praxis überhaupt mit sich bringt; selbst die fragmentarische Kenntniss jener Wirkungen, die wir jetzt besitzen, ist nicht ohne Einfluss gewesen. Man hat dasselbe Ziel, eine genauere Diagnose zu erreichen gesucht durch die Classification der Geisteskrankheiten. Man nahm einige Hauptformen an und bezeichnete die Abweichungen von diesen innerhalb gewisser Grenzen als

Varietäten; das war in der Periode der symptomatischen Einheiten, und wozu diese Auffassung der Wissenschaft führt, ersieht man aus den Classificationen von *Sauvages*, *Baumès*, in späterer Zeit von *Flemming* und selbst in der neuesten Zeit wären vielleicht derartige Eintheilungsversuche zu finden.

Aber selbst wenn man von dergleichen Hypothesen absieht, erscheint der symptomatische Standpunkt für eine Classification der Geisteskrankheiten untauglich, aus dem einfachen Grunde, weil dieselben Erscheinungen im Laufe der verschiedensten Psychosen vorkommen. Nach dem heutigen Standpunkte der Wissenschaft ist allein von der Unterscheidung der psychischen Krankheitsprocesse eine brauchbare Eintheilung zu erwarten. Es sind aber bis jetzt nur einige in allen Richtungen studirt, z. B. die von den frühesten Zeiten ab unterschiedenen Kategorien der Manie und Melancholie; die später zugefügte Dementia ist nicht ein psychopathischer Process, sondern nur das Ende verschiedener Psychosen, kann jedoch, weil sie, namentlich in den Irrenheilanstalten, vielfach erst als solche zur Beobachtung kommt, in der Nomenclatur beibehalten werden. Als selbstständiger Process lässt sich ferner die Cerebral-Paralyse aufstellen, und auch das cyklische Irresein kann als solcher nicht verkannt werden. Ob auch die Hallucination selbstständig vorkommt, oder eine Theilerscheinung anderer Psychosen ist, steht noch nicht fest; jedenfalls nimmt sie oft einen grossen Antheil an der Bildung des Wahnsinns. Weniger zweifelhaft ist die Selbstständigkeit der Verrücktheit, wie sie in letzter Zeit als primäre aufgefasst wurde, obwohl diese Bezeichnung, weil sie nach dem bekannten Lied: „Du bist verrückt mein Kind" als populäre für Irresein überhaupt besteht, sich nicht als wissenschaftliche empfiehlt. Die Katatonie, obwohl mir der Name nicht gefällt, kommt unzweifelhaft als selbstständiger Process vor, bildet aber auch ein Stadium anderer Psychosen, besonders der Manie, wo sie meistentheils prognostisch günstig ist, und des epileptischen Irreseins; sie bildet manchmal den Uebergang zur Dementia. Die epileptische Psychose bildet zweifelsohne einen selbstständigen Process und darf daher in keiner Classification fehlen. Man hat auch von alkoholischem Irresein gesprochen; dieses scheint mir aber einen bestimmten Charakter nicht zu haben, und während der Missbrauch alkoholischer Getränke Ursache verschiedener Psychosen werden kann, gehören die meisten Fälle der sogenannten alkoholischen Psychose zur Cerebralparalyse.

Es sind also schon viele Elemente einer Classification der psychopathischen Processe vorhanden. Jedoch fehlt ihnen noch das theoretische Band. Dieses wird aber gefunden werden, wenn nach dem Rath des Redners in der allgemeinen Sitzung gehandelt wird: Arbeitet! Allein, meine Herren, was brauche ich Ihnen, von deren Arbeit so viele schöne Früchte vorliegen, diesen Rath zu wiederholen! In Ihren Händen ist die Zukunft der Psychiatrie gesichert und wird sie ihrem Ziel immer näher und näher kommen. Also Vorwärts!

Dr. *Kessler*: Gerinnungen im Glaskörper im wahrscheinlichen Zusammenhang mit hallucinatorischem Irresein.

Der Fall, über welchen ich einen kurzen Bericht erstatten will, wurde von mir schon vor längerer Zeit beobachtet. Leider bin ich nicht in der Lage, eine vollständige Krankengeschichte zu geben und weiss auch nicht ob die Sectionsresultate die an Lebenden wahrgenommenen Erscheinungen bestätigt haben. Immerhin dürfte das Vorkommen von Fremdkörpern im Augeninnern in Verbindung mit eigenartigen Gesichtshallucinationen ein so interessantes Ereigniss sein, dass es gerechtfertigt erscheint, die skizzirte Krankengeschichte vorzutragen, so gut sie aus dem Gedächtniss zu reproduciren mir gelingen mag.

Ein etwa 40 Jahre alter, verheiratheter Maurergesell, katholisch, kam in die Jenaer Irrenanstalt im Zustand grosser maniakalischer Erregung. Nach langsam eingetretener Beruhigung und nachdem der sehr misstrauische Mann Vertrauen zu den Aerzten gewonnen hatte, zeigten sich die Erscheinungen secundärer Seelenstörung mit ziemlich constanten Wahnideen. Der Kranke gab an, dass er schon seit mehreren Jahren die Mission erhalten habe, täglich eine grosse Menge abgeschiedene Seelen aus dem Fegefeuer zu erlösen. Er nahm dieselben durch den Mund in sich auf, lasse sie durch den Körper passiren und gebe sie durch die Fingerspitzen der in die Höhe gehobenen Hände wieder von sich. Da die Passage durch seinen Körper mit grosser Unbequemlichkeit für ihn verbunden sei, so esse er vorwiegend fette Speisen, um so den Weg schlüpfrig zu erhalten. Mit der Zeit beschrieb er nun die Gestalt und das Aussehen dieser „Seelen" näher als verschiedenfarbige, rotirende Kugeln oder Scheiben, die im Halbkreis auf erhöhten Bänken um ihn sässen wie im Circus. Die in der Nähe sitzenden seien die grössten, bewegten sich langsam und sähen bläulich aus, die in den höheren Reihen würden immer kleiner, heller, und bewegten sich immer schneller um sich selbst; die auf den höchsten Bänken sitzenden seien gelbroth von Farbe. Es lag nun nahe, nach dieser detaillirten Beschreibung einer subjectiven Gesichtswahrnehmung an Veränderungen im Augeninnern zu denken. Und in der That ergab die Untersuchung mit dem Augenspiegel das Vorhandensein eigenthümlich geformter, mattglänzender Körperchen, die ihrer Gestalt nach am meisten an Cholestearinkrystalle erinnerten, kurze, kleine Stäbchen mit kolbigen Enden, welche in verschiedener Weite vor dem Augenhintergrunde sich in scheinbarer Bewegung befanden. Die Natur dieser Krystallisationen kann ich — wie gesagt im Mangel einer Section — nicht näher bestimmen und bezeichne sie deshalb kurzweg als Gerinnungen im Glaskörper. Von Interesse möchte es hierbei noch sein, dass nach längerem Gebrauch von Jodkalium der Kranke aus freien Stücken erklärte, die Mission im Betreff der abgeschiedenen Seelen werde nur noch kurze Zeit dauern, der Herr Christus habe ihm dies in der Nacht eröffnet und seit den letzten Wochen kämen die Seelen bereits viel sparsamer. Eine erneute Untersuchung mit dem Augenspiegel zeigte die fraglichen

Körperchen in der Zahl und Gestalt unverändert, aber mehr durchsichtig. Trotz des allmäligen Wegfalls der Hallucinationen blieb die Seelenstörung wesentlich unverändert. Der schliessliche Ausgang ist mir nicht bekannt. Wenn nun auch die Mittheilung dieses Falles auf wissenschaftliche Vollständigkeit keinen Anspruch erhebt, so möchte ich ihn doch Ihrer Beurtheilung anheim stellen, da die Fälle noch selten sind, in denen mit Wahrscheinlichkeit die Entstehung des Irreseins auf körperliche Veränderungen in den Sinnesorganen zurückgeführt werden kann.

In der an diesen Vortrag sich knüpfenden Discussion verweist Prof. *Cramer* auf die Untersuchungen von *Voisin* und *Galezowski*.

Wendt führt an, dass er bei seinen ophthalmoskopischen Untersuchungen seine Aufmerksamkeit namentlich auch auf Glaskörpertrübungen gerichtet habe, dass er aber in keinem Falle einen Zusammenhang solcher mit Hallucinationen habe nachweisen können, auch in einem früher schon erwähnten Falle nicht [1]), wo die Form der Gesichtstäuschungen auf das Vorhandensein solcher Trübungen hinzuweisen scheinen.

Dr. *Brosius* leitet die Discussion über Maladie du doute wie folgt ein: *Legrand du Saulle* hat, wie bekannt, unter dem Titel „La folie du doute" ein klinisches Krankheitsbild beschrieben, dessen erstes Symptom Grübel- und Fragesucht ist, der unbezwingliche Drang, über gewisse Dinge beständig nachzudenken und Fragen aufzuwerfen, wozu sich im weiteren Verlaufe der auch mit Angst, Neigung zum Selbstmord etc. auftretenden Krankheit, die Furcht vor Berührung gewisser Gegenstände (délire du toucher) nebst vielfachen Sonderbarkeiten hinzugesellt. Diese unheilbare Psychose soll nie in Blödsinn (démence) übergehen.

Sicherlich sind uns allen die einzelnen Hauptsymptome, Grübel-Fragesucht und die Furcht vor Berührung gewisser Gegenstände bei Geisteskranken begegnet, aber unbekannt wäre ihm bisher die nahe klinische Verwandtschaft dieser anscheinend ganz verschiedenen Symptome, in der Art, dass sie demselben Krankheitsprocesse, wenn auch verschiedenen Stadien angehören.

Die Arbeit von *Legrand du Saulle* habe in Frankreich einiges Aufsehen erregt, und auf dem internationalen irrenärztlichen Congresse sei sie ihm von *J. Falret* als „remarcable" bezeichnet worden. Die beschriebene Krankheitsform scheint in Deutschland wenig bekannt zu sein und er erachte es daher hier am Platze, die Collegen über ihre bezüglichen Erfahrungen zu befragen.

Aus der Discussion, an welcher sich *Stark*, *Pick*, *Meschede*, *Snell*, *Loechner*, *Cramer* betheiligen, ergiebt sich, dass die *Legrand*'sche Krankheitsform weniger als eine selbstständige zu betrachten sei, sondern zu verschiedenen anderen schon bekannten psychischen Störungen gehöre, während *Legrand* sie als besonderen klinischen Krankheitsprocess hervorhebt.

---

[1]) Band XXV., S. 159 dieser Zeitschrift.



Dr. *Koehler*: Ueber kindliches Irresein [1].

Redner führt an, dass die Formen des kindlichen Irreseins in den relativ schärfsten Contouren bei jugendlichen Epileptikern zur Beobachtung kommen, aber auch ohne diese Complication beobachtet werden. Sie werden nicht genügend von der Idiotie gesondert, kommen häufiger in Idiotenanstalten vor, gehören aber besser in Irrenanstalten. Es werden melancholische, maniakalische und hallucinatorische Formen angeführt, und ein Fall von anscheinender Paralysis progressiva bei einem 6jährigen Mädchen.

Diese letztere Beobachtung wird von *Claus* unterstützt, der gleichfalls einen Fall von progressiver Paralyse bei einem Mädchen in der Idiotenanstalt zu Sachsenberg beobachtet hat.

Dr. *Meschede* spricht über einen von ihm beobachteten eigenthümlichen neuropathischen Zustand, welcher vielleicht mit dem unter dem Namen Agoraphobie bekannten krankhaften Zustand von Schwindelangst in Parallele zu bringen sein dürfte. Bekanntlich ist der letztgenannte Zustand, nachdem er bereits vor Jahren von *Brück* (Osnabrück) beobachtet und genau beschrieben worden, neuerdings wieder Gegenstand besonderer Beobachtung geworden. Derselbe charakterisirt sich hauptsächlich dadurch, dass die betreffenden Personen von einem mit schwindelähnlicher Sensation verbundenen Angstgefühl ergriffen werden, wenn sie grosse öffentliche Plätze oder Versammlungen betreten.

Redner hatte nun Gelegenheit, bei mehreren Patienten einen ganz ähnlichen Zustand zu beobachten, der aber insofern mit der Agoraphobie gerade einen Gegensatz bildet, als das eigenthümliche Angstgefühl einzutreten pflegt, wenn der Patient enge und kleine Räume zu betreten oder darin zu verweilen gezwungen ist. Dieses Angstgefühl ist bei dem einen Patienten, einem jungen Manne von 20 Jahren, in so intensiver Weise und andauernd zur Geltung gekommen, dass er seine Studien aufzugeben und zur Landwirthschaft überzugehen sich veranlasst gesehen hat und bereits über Jahr und Tag Sommers in den Wäldern und auf freier Wiese zu übernachten pflegt, bei strenger Winterkälte aber nur in grossen Räumen und bei offenen Fenstern schlafen kann. In ätiologischer Beziehung ist für diesen Fall hervorzuheben, dass hereditäre Momente nicht nachzuweisen, dagegen sexuelle Anomalien, sowie ein langjähriges Ohrenleiden zu constatiren gewesen sind. Prägnante anderweitige Symptome eines geistesgestörten Zustandes waren bei dem betreffenden Patienten nicht nachzuweisen. Ein anderer weniger ausgeprägter Fall wurde bei einem Diabeteskranken beobachtet.

Redner begründet die Auffassung des geschilderten Leidenszustandes als eines mit der Agoraphobie in Parallele zu bringenden und hebt besonders hervor, dass beiderlei Zustände das Gemeinsame haben, dass sie auf einer Unzulänglichkeit des Anpassungsvermögens gegenüber Schwankungen

[1] Der Vortrag ist im Irrenfreund, XX. Jahrg. No. 11 erschienen.

der Dimensionen unserer Raumanschauungen beruhen; in dem einen Falle erfolgt eine Störung der psychischen Gleichgewichtslage, wenn die Dimensionen der räumlichen, zur Sinneswahrnehmung gelangenden Anschauungen plötzlich eine Vergrösserung, resp. Ausdehnung erfahren, — in dem anderen Falle, wenn sich dieselben verringern, — eine subjective, als erheblich empfundene Einengung erleiden.

Im Verlaufe der Discussion erwähnt der Vortragende auch noch eines anderen Falles von Störung dieses Anpassungsvermögens, welche bei einem bis dahin ganz gesunden Manne auftrat, nachdem derselbe eine Blausäurevergiftung überstanden hatte und welche sich dadurch manifestirte, dass Patient nicht im Stande war, einem von weitem ihm entgegenkommenden Fuhrwerk gegenüber auf der Mitte der Strasse zu verharren, vielmehr durch ein krankhaftes Gefühl unwillkürlich gezwungen wurde, seitwärts zu treten, auch wenn das Fuhrwerk noch in grosser Entfernung war.

Am Sonntag den 15. September betheiligten sich die Mitglieder der Section an den Ausflügen nach Marburg bezw. Göttingen zum Besuch der dortigen Irrenanstalten, in denen sie von den Proff. *Cramer* und *Meyer* auf's freundlichste empfangen wurden. Dr. *Wendt.*

Zwölfte Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte am 19. und 20. October 1878 im Hotel zum Erbprinzen in Karlsruhe.

Anwesend die Herren: *Battlehner*-Karlsruhe, *Brünninghausen*-Pforzheim, *Dannecker*-Illenau, *Dick*-Klingenmünster, *Eckhard*-Klingenmünster, *Eschbacher*-Freiburg, *Feldkirchner*-Klingenmünster, *Fischer* I.-Pforzheim, *Fischer* II.-Pforzheim, *Fürstner*-Heidelberg, *Hergt*-Illenau, *Homburger*-Karlsruhe, *Jolly*-Strassburg, *Kirn*-Freiburg, *Kretz*-Illenau, *Landerer*-Göppingen, *Landerer*-Kennenburg, *Ludwig*-Heppenheim, *Molitor* senior-Karlsruhe, *Nadler*-Illenau, *v. Rinecker*-Würzburg, *Roller*-Illenau, *Schenk*-Karlsruhe, *Schüle*-Illenau, *Schwaab*-Werneck, *Werle*-Heppenheim, *Wilser*-Bruchsal.

I. Sitzung am 19. October, Nachmittags 3 Uhr.

Herr Geschäftsführer *Fischer* I. eröffnet und begrüsst die Versammlung. Das Protokoll der vorigen Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte wird verlesen. Hierauf wird auf Vorschlag des Herrn Geschäftsführers *Fischer* I. Herr *v. Rinecker* durch Acclamation zum Vorsitzenden der diesjährigen Versammlung gewählt. Zu Schriftführern werden bestimmt: die Herren *Brünninghausen* und *Eckhard.* Auf Vorschlag des Herrn Vorsitzenden erhebt sich die Versammlung zu Ehren des Andenkens an *Roller* und *Zeller* von ihren Sitzen.

Herr *Ludwig* verliest seine Thesen über Fenstervergitterung, woran sich eine Discussion derselben anschliesst.

Zwölf Thesen, betreffend die Verwahrung der Fenster in Irrenanstalten.

Vorbemerkung: Während in der neuen Irrenanstalt zu Marburg aus Gründen des ärztlichen Systems dieser Anstalt nur sehr wenige Fenster vergittert worden sind, die weitaus grösste Mehrzahl der Fenster aber nicht, hat man, gleichfalls aus Gründen der irrenärztlichen Erfahrung, in der soeben eröffneten Heidelberger Irrenklinik die sämmtlichen, den Kranken zugänglichen Fenster theils in ihren unteren Abschnitten, theils durchaus vergittert, und beabsichtigt man, in der im Bau begriffenen Irrenklinik zu Leipzig jedes in den Krankenabtheilungen befindliche Fenster in seiner ganzen Ausdehnung mit einer Vergitterung zu versehen.

Hieraus ergiebt sich, dass die Frage der Verwahrung der Fenster in Irrenanstalten noch immer als eine offene zu betrachten ist.

These I. Die technische Einrichtung einer Irrenanstalt verdient in um so höherem Grade das Lob der Sachverständigen, die Kranken versöhnen sich, soweit sie dies überhaupt vermögen, mit dem Aufenthalt in der Anstalt um so leichter, und die stetige Fortentwickelung der Anstalt zum immer Besseren wird um so mehr sicher gestellt:

a) in je grösserem Umfang es gelungen ist, durch zweckmässige und namentlich fortwährend zuverlässige bauliche Einrichtungen den unzuverlässigen Theil des Krankenwartpersonals unschädlich zu machen, den pflichtgetreuen Theil desselben aber, und ebenso die Aerzte der Anstalt zu unterstützen, und in Bezug auf die Function jener baulichen Einrichtungen zu Gunsten der Lösung anderer Aufgaben zu entlasten;

b) je mehr Gewicht darauf gelegt worden ist, alle baulichen Einrichtungen, soweit wie nur möglich, auszuschliessen, welche mit der landesüblichen Gewohnheit des Volkes contrastiren, und je besser man es verstanden hat, da, wo solche ungewohnte und auffällige Einrichtungen nicht umgangen werden konnten, durch die ganze Art der Einführung derselben jede nicht dringend nothwendige, äusserliche Differenzirung der einzelnen Abtheilungen der Anstalt zu vermeiden.

Es sei hier nur dieser beiden allgemeinen Voraussetzungen einer in technischer Beziehung zweckmässig eingerichteten Irrenanstalt gedacht und nicht der noch weiter vorhandenen Mittel zu demselben Zweck, weil man gerade diese beiden Voraussetzungen im Auge zu behalten hat, wenn man die Verwahrung der Fenster in Irrenanstalten einer näheren Betrachtung unterwirft.

These II. In jeder öffentlichen Irren-Heil- und Pflegeanstalt (öffentliche Pflegeanstalten und Privat-Irrenanstalten bleiben ausser Betracht)

sollen die sämmtlichen, den Kranken zugänglichen Fenster nach Aussen vergittert sein und zwar in ihrer ganzen Ausdehnung und nicht etwa nur in einzelnen, z. B. den unteren Partien. — Aeusseres Fenstergitter.

These III. Diese allgemeine Vergitterung erscheint bei dem heutigen Standpunkt der psychiatrischen Diagnostik und Prognostik zunächst im Interesse der einzelnen Kranken dringend geboten, ebenso aber auch mit Rücksicht darauf, dass es grossen Vortheil bringt, wenn man im Stande ist, die verschiedenen Abtheilungen zu verschiedenen Zeiten für differente Kranken zu verwenden und überhaupt die Räume der Anstalt der unausbleiblichen Ueberfüllung gegenüber bis zur äussersten Grenze auszunutzen.

Die Wirkung der Vergitterung ist durch die Thätigkeit des Krankenwartpersonals nicht zu ersetzen, die Vergitterung wird von dem einsichtigeren Theile des Publikums verlangt und von den Kranken selbst am Wenigsten beanstandet.

These IV. In manchen Abtheilungen der Anstalt, sowie in den Tobzellen und in einigen Räumen der sogenannten klinischen Abtheilung, sind neben dem äusseren Fenstergitter noch weitere Vergitterungen nöthig, welche das Fenster, und zwar wiederum in seiner ganzen Ausdehnung, nach dem Zimmer hin decken. — Inneres Fenstergitter. — Das innere Fenstergitter erleichtert die Durchführung des Nicht-Zwanges und beschränkt die Indication zur Isolirung.

These V. Die Stärke der Umfangsmauer des Hauses muss, zunächst im unteren Stockwerk, und insbesondere auch in den Tobzellen, eine solche sein, dass die Fensterflügel hinter dem inneren Gitter sich vollständig aufschlagen lassen. Dies wird in den oberen Stockwerken, bei der dort gewöhnlich geringeren Mauerstärke, dadurch erreicht, dass zwischen den beiden entsprechend verschmälerten Fensterflügeln ein unbewegliches, noch schmäleres Mittelfenster angebracht wird.

These VI. Das zweckmässigste, äussere Fenstergitter ist das Korbgitter aus Schmiedeeisen. Die Entfernung der in der Vertikalebene verlaufenden Stangen von einander soll im Lichten 11 Centimenter betragen.

These VII. Das innere Fenstergitter besteht am Zweckmässigsten aus einem in der gewöhnlichen Weise in zwei untere grosse und zwei obere kleine Flügel eingetheilten, in Rahmen und Sprossen (einschliesslich der Futterrahmen) durchaus in Eisen ausgeführten, beweglichen Fenster, welches statt der Glasscheiben ein starkes, weitmaschiges Drahtgeflecht zeigt. Grösse einer Drahtscheibe 43 auf 28 Centimeter, Weite der Maschen 4 auf 4 Centimeter, Dicke des Drahts 0,4 Centimeter. Die freien Enden des Drahtgeflechts sind im Innern des eisernen Rahmens für den Kranken unsichtbar, unerreichbar und fest verwahrt.

These VIII. Das eigentliche, also das mit Glasscheiben versehene Fenster soll sich überall und insbesondere auch in den Tobzellen von einem gewöhnlichen Fenster in keiner Beziehung unterscheiden;

es soll namentlich den vollen Durchblick unmittelbar in das Freie gewähren, und in seiner ganzen Ausdehnung für den Kranken und von dem Kranken geöffnet und geschlossen werden können.

Der übrigens sehr seltenen und vorübergehenden Indication, dem Kranken das Oeffnen des nach dem Innern nicht vergitterten Fensters unmöglich zu machen, lässt sich schon durch eine sehr einfache Vorrichtung, z. B. eine Schraube, genügend entsprechen.

These IX. Mit Rücksicht auf manche Kranke muss es möglich sein, das innere Fenstergitter durch einen (4 flügeligen) soliden Laden von Eichenholz zu ersetzen, welcher das vollständige Oeffnen des Fensters ebenfalls nicht behindern darf. Die Beleuchtung des Zimmers muss, wenn der Laden geschlossen ist, durch ein an der Decke angebrachtes, nach unten vergittertes Fenster erfolgen können.

These X. Der Verschluss des inneren Fenstergitters, bezw. des Holzladens, entspricht, wie alle derartige Verschlüsse, dann seiner wichtigen Aufgabe am Besten, wenn derselbe für die Hand und, was insbesondere das Schlüsselloch betrifft, auch für das Auge des Kranken vollständig unzugänglich ist. Zugleich muss dem betreffenden Bediensteten die Möglichkeit geboten sein, sich von dem Gelungensein des Verschlusses unmittelbar und mit Leichtigkeit zu überzeugen. Denn nur dann lässt sich die volle Verantwortlichkeit für den gehörig ausgeführten Verschluss auf den Bediensteten übertragen.

These XI. Den Anforderungen der These X. lässt sich dadurch entsprechen, dass der Verschluss für die beiden grossen, unteren Flügel des inneren Fenstergitters, bezw. des Holzladens auf der hinteren, d. h. auf der dem Fenster zugekehrten Seite desselben angebracht und von den geöffneten kleinen, oberen Flügeln aus, mit Hülfe einer Leiter dirigirt wird. Die oberen Flügel werden alsdann von der anderen, d. h. der dem Zimmer und dem Kranken zugekehrten Seite her verschlossen.

These XII. Für den Verschluss der unteren wie der oberen Flügel empfiehlt sich die mit einem französischen Schloss verbundene Espagnolettestange.

Schlussbemerkung: Die angeführten Maasse sind den entsprechenden in der Irrenanstalt bei Heppenheim vorhandenen Einrichtungen entnommen.

These 2 und 3 wird von den Herren *Fürstner* und *Jolly* bestritten, die sich für theilweise Vergitterung (nur der unteren Flügel) aussprechen.

Für die Thesen spricht ausser dem Herrn Referenten Herr *Werle*.

Die Versammlung spricht sich für das Fassen von Resolutionen über die gestellten Thesen aus.

Die Versammlung spricht sich einstimmig im Prinzip für sicheren Verschluss (äussere Vergitterung) der Fenster in Irrenanstalten aus; über die Art der Vergitterung wird keine Resolution gefasst.

Zu These 4, 5 und 7 sprechen Herr *Fürstner* und *Schüle* gegen innere

Vergitterung in der klinischen Abtheilung, die sie durch unzerstörbares Glas ersetzt wissen wollen.

Gegen diese Thesen spricht noch Herr *Jolly*, der in der klinischen Abtheilung bei entsprechender Ueberwachung keine besonderen Sicherheitsvorrichtungen für nöthig hält; für die Zellen schlägt er unzerstörbares Glas in eisernen Rahmen vor. Für innere Gitter sprechen ausser dem Herrn Referenten die Herren *Werle*, *Fischer* I. und II.

These 8. Herr *Schüle* bezweifelt, dass innere Gitter für Tobzellen genügend fest gemacht werden können; er spricht gegen inneres Gitter, für unzerstörbares Glas. — Herr *Fürstner* verlangt mit dem Herrn Referenten für die Zellen den Blick in's Freie.

Der Herr Präsident stimmt dem Herrn Referenten in Bezug auf die Vorzüge innerer Gitter bei.

These 9, 10, 11 und 12. Der Herr Referent spricht sich dahin aus, dass man die Handhabung der mechanischen Vorrichtungen in Irrenanstalten möglichst vereinfachen und dem Dienstpersonal erleichtern müsse.

Herr *Stark* von Stephansfeld sendet ein Telegramm, wonach er dienstlich verhindert ist, zu kommen; sein Vortrag fällt also aus.

Es folgt der Vortrag des Herrn Vorsitzenden Hofrath *von Rinecker* „Ueber Puls- und Körpergewichtscurven bei Geisteskranken". (Dieser Vortrag folgt später.)

Herr *Jolly* hat bei seinen Controlversuchen zu den *Wolf*'schen Theorien über Pulscurven bei Geisteskranken ähnliche negative Resultate erhalten, wie Herr *v. Rinecker*.

Herr *Schüle* will den Antheil, den vasomotorische Störungen am Zustandekommen der Geisteskrankheiten haben, gewahrt wissen, während er die Details der *Wolf*'schen Untersuchungen einer Nachuntersuchung für bedürftig hält. — Es folgt der Vortrag des Herrn *Roller:* „Zur Pathologie der Angst" [1]).

Schluss der Versammlung Abends 6 Uhr.

II. Sitzung am 20. October Morgens 9 Uhr.

Herr *Ludwig* legt den Grundriss der neuen Leipziger Irrenklinik vor.

Herr *v. Rinecker* giebt den Vorsitz an Herrn *Fischer* I. ab.

Die Versammlung spricht Herrn *v. Rinecker* ihren Dank für die vortreffliche Führung des Vorsitzes aus.

Es folgt der Vortrag des Herrn *Schwaab:* „Ueber das häufige Auftreten von Geistesstörungen bei Reservisten nach dem Kriege 1870/71.

Den ersten Anstoss zu einer genaueren Ventilirung der Invalidenfrage hat ihm die Bewerbung eines Gymnasialprofessors um Militärpension für seinen (1875) „angeblich" durch Trunk geisteskrank gewordenen Schwager gegeben (im Winter 1877). — Da die anamnestischen Mittheilungen, wie

---

[1]) cf. Ztschr. 36. Bd. S. 194.

sich später erwies, ganz unzuverlässig gewesen, haben sie die Frage, in wie weit der Feldzug für die (März 1875) nothwendig gewordene Aufnahme des Patienten in hiesige Anstalt verantwortlich zu machen sei, offen gelassen. Der Kranke ist indess, vielleicht auf Grund eigener Ermittelungen der Militärbehörde mit monatlich 63 M. pensionirt worden, hat jedoch mehrere Tausend Mark nachgezahlt erhalten.

Auf Grund dieses uns selbst überraschenden Resultates hat er die sämmtlichen Geisteskranken zusammengestellt und (bis Ende 1878) 43 gefunden; zugleich hat er deren Pensionsverhältnisse berücksichtigt und gefunden, dass die Mehrzahl der noch anwesenden 17 Kranken entweder keine oder zu geringe Beträge erhalten. Um eine gemeinsame Verbesserung der Lage dieser geisteskranken Veteranen, wenigstens in Baiern, anzuregen, hat er der „allgemeinen Zeitung" einen Artikel, den diese in der Beilage No. 114 veröffentlichte, der dann auch auf seine Veranlassung in 2 andere Zeitungen überging, übermittelt. Dass hierzu seine Veranlassung nöthig gewesen, ist ihm Beweis genug, dass die Oeffentlichkeit wenig oder kein Interesse für die beregte Frage bekunde; deshalb hat er auf privatem Wege die Angehörigen zur Geltendmachung der versäumten Ansprüche ihrer Invaliden bestimmt. Das Resultat ist bis jetzt ein günstiges gewesen, indem mehrere Kranke bedeutende Pensionserhöhungen erhalten, andere früher leer ausgegangene, oder solche, für welche die rechtzeitige Bewerbung versäumt worden sei, nachträglich bedacht worden sind.

Bezüglich der Anamnese hat er bemerkt, dass häufig die Angehörigen die Veränderung des Charakters ihrer heimgekehrten Soldaten bemerkt hätten; die spätere Psychose aber, wie dies ja so gern geschehe, auf irgend ein irrelevantes Vorkommniss zurückgeführt, oder wohl gar verschiedene Krankheitsäusserungen als Krankheitsursachen aufgefasst und dargelegt hätten.

Unter obengenannten 43 — er weiss nicht bestimmt, ob nicht ein oder der andere Feldzugsveteran übersehen worden sei — seien allerdings mehrere (indess kaum mehr als 6), bei welchen er geneigt ist, in späteren Verhältnissen den Grund der Psychose zu erblicken; mehrere ferner, welche, wenn nicht geradezu geisteskrank, so doch unverkennbar psychopathisch in's Feld gerückt seien.

Bei dieser Gelegenheit bemerkt er, dass das bairische Kriegsministerium jetzt an sämmtlichen bairischen Anstalten Verzeichnisse der geisteskranken Veteranen von 1870/71 anfertigen lasse. Bei dieser Arbeit fällt ihm sehr auf, wie gross die Zahl der mit paralytischen Symptomen behafteten Soldaten sei, die indess keine „klassischen" Paralytiker sind.

Herr *Dick* hat, nach seiner Erinnerung, in der Pfalz verhältnissmässig weniger geisteskranke Invaliden gesehen, als Herr *Schwaab* in Unterfranken; er rühmt das Entgegenkommen der milden Stiftungen in dieser Frage, und erzählt bezügliche Fälle, namentlich von allgemeiner Paralyse. Bezügliche Fälle erzählt noch Herr *Schwaab*.

Herr *v. Rinecker* macht einige Bemerkungen über den Causalzusammenhang von Syphilis und Paralyse.

Herr *Jolly* will den Einfluss des Krieges als ätiologisches Moment nicht überschätzt wissen und den Staat nicht durch allzu viele, im Grunde doch zweifelhafte Ansprüche auf Pensionen behelligt haben.

Herr *Fürstner* schliesst sich den Ausführungen des Herrn *Jolly* an. Er ist der Ansicht, wenn Syphilis als Ursache der psychischen Erkrankung anzusehen sei, bestehe keine Berechtigung zu einer Pension.

Auch Herr *Kirn* hat in Illenau weniger bezügliche Fälle gesehen, als Herr *Schwaab* in Werneck. Er betont den Unterschied zwischen syphilitischer und gewöhnlicher paralytischer Psychose.

Herr *Schwaab* bestreitet die Schärfe dieses Unterschieds. Er weist den Vorwurf zurück, dass er den Staat allzusehr belasten wolle.

Herr *Werle* findet ebenfalls die Wernecker Zahlen sehr hoch und vermuthet, dass jeder Kranke, der den letzten Feldzug mitgemacht habe, in diese einbegriffen sei.

An der Debatte über Aetiologie betheiligen sich noch Herr *Ludwig* und Herr *Dick*.

Gegen eine bezügliche Resolution spricht Herr *Werle*.

Der Herr Vorsitzende dankt Herrn *Schwaab* für die durch seinen Vortrag gegebene Anregung. — Die Versammlung beschliesst, die nächstjährige Versammlung im Anschlusse an die Naturforscherversammlung in Baden-Baden abzuhalten.

Als Themata für die nächste Karlsruher Versammlung in 2 Jahren werden aufgestellt:

1) Die Behandlung der Schmierer im Sinne des Non-restraint. Referent Herr *Schüle*.

2) Wie weit kann man im Nicht-Zwang gehen ohne Nachtheil für die Heilung der Kranken? Referent Herr *Hergt*.

3) Ist die Errichtung einer Pflegeanstalt (mit Ausschluss heilbarer Fälle) zeit- und zweckgemäss? Referent Herr *Fischer* I.

4) In welcher Weise soll der Staat für Epileptische sorgen? Referent Herr *Jolly*.

Zu Geschäftsführern für die nächste Karlsruher Versammlung im October 1880 werden wieder *Fischer* I. und II. in Pforzheim gewählt.

Der Herr Vorsitzende erklärt die zwölfte Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte für geschlossen.

Dr. *v. Rinecker*.

Dr. *Brüninghausen*. Dr. *Eckhard*.

---

13. Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens in Hannover im Mai 1879.

Zu der Nachmittag 4 Uhr stattgehabten Versammlung hatten sich folgende Herren eingefunden: *Brandes* und *Burghard*-Hannover, *Engelken*-Rockwinkel, *Hemkes*-Wehnen, *Hesse*-Ilten, *Kind*-Langenhagen, *Kremling*-Walsrode, *Lorent*-Bremen, *Lüttich*-Hannover, *Snell*, *Schreiber* und *Tannen*-Hildesheim, *Wahrendorff*-Ilten.

Zum Vorsitzenden wurde Dr. *Snell*, zum Schriftführer Dr. *Tannen* gewählt.

Dr. *Snell* trug ein Gutachten über Zurechnungsfähigkeit vor [1]).

Dr. *Brandes* ist der Ansicht, dass solche Kranke, wie die Dierks, an Schwachsinn litten und die Folgen ihrer oft verbrecherischen Handlungen nicht ganz abwägen könnten, wie ein geistig Gesunder. Es sei dies der Fall häufig bei Idioten und secundär Schwachsinnigen. Er habe erst vor Kurzem einen jungen Menschen, Namens Schiebenhöfer, begutachtet, der im Alter von 17 Jahren mit seiner 8jährigen Stiefschwester Unzucht getrieben und später ein Pferd misshandelt habe. Es stellte sich heraus, dass derselbe an Schwachsinn von Jugend an gelitten habe. Er befindet sich zur Zeit in der Hildesheimer Anstalt. Ferner habe er mit *Burghard* zusammen einen Fall beobachtet, wo ein Mensch sein Haus angesteckt hatte und zwar mit Absicht, ohne jedoch im Stande gewesen zu sein, die Folgen dieser strafbaren Handlung gehörig zu erkennen.

Burghard sagte, nach seiner gerichtsärztlichen Erfahrung kommen oft solche Fälle vor, in denen entschieden werden sollte, ob an Geisteskranken Verbrechen verübt worden seien, namentlich bei Incest und Nothzucht, was oft sehr schwierig zu entscheiden sei. Ferner habe er bei seiner Praxis als Gefängnissarzt sehr oft gefunden, dass bei eventuellen Verbrechern die Thäter sehr oft behaupteten, auf Anstiftung von anderen die Thaten begangen zu haben.

Kind spricht von Idioten, die plötzlich ohne Veranlassung in Wuth gerathen; so habe er gesehen, wie einer derselben seinen Nachbar plötzlich mit dem Messer in den Biceps gestochen habe. Ein Anderer stürze sich, wenn er sich durch einen Tadel verletzt fühle, ohne Weiteres auf seinen Nachbar. Diese Art von Idioten litten seiner Ansicht nach an larvirter Epilepsie.

Dr. *Kind* referirte sodann über die Schrift des Professor *Klebs* über Cretinismus [2]). In der sich hier anschliessenden Debatte bemerkte *Brandes*, dass Cretinismus auch in flachen Gegenden und bei Wohlhabenden vorkomme.

Kind will in seiner Idiotenanstalt oft plötzliche Anschwellung der

---

1) Abgedruckt auf S. 450 dieses Heftes.

2) vide S. 494.



Schilddrüse beobachtet haben, einmal auch zu beiden Seiten des Vorderhalses venöse Säcke.

Brandes ersucht sodann die Herren ihm ihre Meinung über folgenden Gegenstand zu sagen. In Hannover gehe man damit um, ein 2. Krankenhaus zu bauen und nun sei es sein Wunsch, in einem Nebengebäude, was von dem Krankenhause vollständig getrennt werden sollte, Räumlichkeiten für Geisteskranke zu schaffen, da sie in dem jetzigen Krankenhause oft in Verlegenheit seien, Geisteskranke zweckmässig unterzubringen. Die darüber sich entwickelnde Debatte bot nichts Neues dar. Im Anschlusse hieran wurden Klagen laut über das umständliche Verfahren behufs Aufnahme der Geisteskranken in die öffentlichen Anstalten der Provinz Hannover, hauptsächlich in Bezug auf die Unterhaltungskosten. Nach Austausch der verschiedenen Meinungen über diesen Gegenstand und Mittheilungen über Aufnahmebedingungen in Anstalten anderer Gegenden, wurde *Brandes* beauftragt, einen Entwurf über etwaige Abänderung der Aufnahmebedingungen auszuarbeiten und der Versammlung bei der nächsten Zusammenkunft vorzulegen.

Dr. *Tannen.*

Literatur.

Archiv. ital. etc. 1879. H. 1. 2.

M. Porporati, Note cliniche intorno alla frenosi puerperale. Die beiden Vorlesungen über Puerperal-Psychose oder wie die Italiener es nennen, Puerperal-Phrenose, hat der Verfasser vor Jahresfrist in der Königlichen Irrenanstalt zu Turin gehalten. Der Inhalt ist auf 7 Abschnitte vertheilt, von denen der erste das Allgemeine behandelt. Was über die natürliche und Charakter-Verschiedenheit der Geschlechter darin gesagt wird, kann füglich übergangen werden. Einige statistische Noten, speziell Italien betreffend, mögen dagegen hier Platz finden. Im Norden Europa's und Amerika's, sagt *Porporati*, ist die Zahl der geisteskranken Männer und Frauen einander fast gleich, sogar die der Frauen oft grösser als die der Männer. In den südlichen Ländern sind die geisteskranken Männer zahlreicher, vorzugsweise die in Irrenanstalten befindlichen. In Piemont ist wie vor 30 Jahren seit 5 Jahren die Zahl der geisteskranken Männer wieder überwiegend, während in der Zwischenzeit das Verhältniss wenig differirte. *Verga* berechnet für ganz Italien 101 Irre (in Anstalten) auf 100,000 Einwohner und zwar 53 Männer und 48 Weiber.

In den Irrenanstalten der Lombardei, Venetien, Emilia, Toskana und Rom ist die Zahl der Weiber grösser, als die der Männer, umgekehrt in Piemont, Ligurien, Neapel.

[Anm. des Ref. — Auf welche Statistik gestützt Verfasser den Satz von der Gleichzahl event. dem Ueberwiegen des weiblichen Geschlechtes im Norden Europa's und Amerika's aufstellt, ist unerfindlich. *Schüle* (Handbuch d. Geisteskrankheiten, p. 219) spricht allerdings, jedoch ohne spezielle Belege, von der einstimmigen Annahme des Vorwaltens des weiblichen Geschlechtes (6 = 5) in den Asylen. *Griesinger* dagegen (Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, ed. III., 1871, p. 145) für England, Norwegen, Dänemark, Russland, Nordamerika etc. gerade vom Gegentheil. Die neuesten preussischen Statistiken weisen eine Minderzahl, die schottischen eine Mehrzahl weiblicher Irren nach.]

Unter seine Puerperal-Phrenosen im weiteren Sinne begreift *Porporati* auch die während der Pubertät durch Menstrualstörungen auftretenden psy-

chischen Störungen (*Kahlbaum-Hecker*'s Ephebephrenia). Kommt es zur Psychose, so tritt diese unter der Form von Manie oder Melanchol. c. stupore, nicht selten auch mit hysterischen Convulsionen auf. Obwohl in vielen Fällen die Krankheit trotz regelmässigen Menstrualflusses fortdauert, wird doch selten eine dauernde Heilung ohne den letztern erreicht. Der Satz, dass die Kranken vor dem Eintritt und während der ganzen Dauer der Menses aufgeregter und zu allen möglichen Bosheiten geneigter sind, dürfte in seiner Allgemeinheit eine Einschränkung erfahren. Nach Ref. Erfahrungen sind nicht wenige zuvor tobende Kranke während des Menstrualflusses ruhig und manche Erotische fühlt sich befriedigt. Dass die hysterischen und epileptischen Anfälle in der Menstrualzeit häufiger, ja manche hystero-epileptischen Krampfanfälle nur bei Bevorstehen jener auftreten, ist bekannt.

Der Einfluss der Schwangerschaft (III. Cap.) auf die Psychose ist sehr mannigfaltig. Am häufigsten zeigt sich diese in der ersten, nicht selten aber auch in späteren Schwangerschaften und dann wohl unter derselben Form und zu derselben Zeit. Eine Frau wurde 12 mal in die Irrenanstalt aufgenommen und zwar immer zwischen dem 4. und 8. Monat. — Die Krankheitsform trägt vorzugsweise den Charakter der Depression. Nach *Ripping* cit. bei *Emminghaus* erfolgt der Uebergang in Manie oder Wahnsinn nur bei nicht erblich Disponirten; die Dauer beträgt circa 9 Monate, die Prognose ist ziemlich ungünstig. *Porporati* erzählt 2 Fälle von Wahnsinn mit bis zu einem Mordversuch gesteigertem Widerwillen, resp. Eifersucht gegen den Ehemann, wo die eingetretene Schwangerschaft nach 4 resp. 8 Monaten Genesung herbeiführte; der erste der Fälle zeichnete sich noch dadurch aus, dass die 20jährige weder vor noch nach der Verheirathung jemals menstruirt gewesen; in beiden Fällen war erbliche Disposition nicht vorhanden. Uebrigens hält Verf. den Einfluss der Schwangerschaft, als Heil- oder Vorbauungsmittel gegen das Irrwerden für zu problematisch, um daraufhin die Ehe in gewissen Fällen anrathen zu wollen.

Cap. V. Puerperium. Verf. weist den Vorwurf *Vigna*'s zurück, dass er die Existenz einer speziellen Puerperal-Phrenose leugne; er unterscheide eben nur zwischen einer fieberhaften Meningeal- oder sonstigen Affection mit Delirien während des Puerperiums und der länger dauernden, eigentlichen fieberlosen Phrenose, die das Bild einer tiefen Veränderung des Charakters zeigt, mit Traurigkeit beginnt und in Exaltation bis zur Wuth unter Hallucinationen und impulsiven gefährlichen Handlungen fortschreitet. Der Urin ist mit Phosphaten, bisweilen mit Eiweiss überladen. — Die Hälfte der Fälle beruht auf hereditärer Anlage; am häufigsten bricht die Krankheit in der 7. Woche nach der Entbindung aus (*Griesinger*). Die Therapie hat ganz besonders die somatischen Symptome von Seiten des Herzens, der Leber, Nieren, Genitalien zu beachten.

Lactation. Verf. sagt, wir nehmen jährlich eine gewisse Zahl von Fällen auf, in welchen die Lactation 6 Monate, 1 Jahr, 2 Jahre und noch

länger aus allerlei Gründen fortgesetzt worden ist. Gewöhnlich zeigt die Phrenose die maniakalische Form, Lipemanie oder Stupor, aber zugleich den somatischen Charakter der Anämie.

Prognose. Englische Autoren nehmen an, dass 10—12 % aller in Irrenanstalten aufgenommenen Weiber an Puerperal-Psychose im weiteren Sinne leiden; in Turin wurden während $3^1/_2$ Jahren (1875—1878) unter 370 Weibern nur 26 mit Puerperal-Psychose aufgenommen, dies sind 7 %. Von letztern wurden 18 geheilt, 1 ungeheilt entlassen, 1 starb und 6 verblieben im Bestande. Die Prognose ist also günstig. Der eine Todesfall betraf eine 36jährige Bäuerin, aus dem Gebirge, ohne erbliche Anlage, welche 1 Monat nach der Entbindung aus Schmerz über den Tod ihres einzigen Kindes erkrankt, 14 Monate darnach unter Symptomen der Dement. paralyt. (am 14. Januar 1877) aufgenommen, (am 30. August) nach $7^1/_2$ monatlicher Krankheitsdauer verstarb. Nach Professor *Calderini*'s in Parma Bericht über 287 Wöchnerinnen werden bei den Necroscopieen lamellenartige Osteophyten am Schädeldach, neben Congestivzuständen des Gehirns und seiner Häute nicht selten gefunden.

Cur. *Calderini* erwähnt 2 Fälle, in welchen die Puerperalmanie in 10 und 20 Tagen zu Hause günstig verlief, ob ohne alle ärztliche Behandlung, wie *Maudsley* dergleichen Fälle mitgetheilt hat, wird nicht gesagt. In einigen Fällen günstigen Verlaufes bei sehr robusten hyperämischen Frauen haben 1 oder 2 Aderlässe nach *Porporati*'s Angabe deutlichen Einfluss auf den günstigen Verlauf der Krankheit geäussert.

In Fällen heftiger Agitation empfehlen sich laue Bäder, neben kalten Kopfumschlägen 4stündig während 10—15 und mehr Tagen; bei Angst und Suicidium-Versuchen Tr. cannab. indica etc. etc. — Uebrigens behandelt *Porporati* mit grosser Umsicht die verschiedenen die P. Mania begleitenden Zustände in der Erkenntniss, dass nicht etwa Hyperämie oder Anämie das (gleichwohl unbekannte) Wesen der Krankheit ausmachen.

Aus einer der mitgetheilten Krankengeschichten (No. 26) ersehen wir, dass die mittlere Körperlänge der dortigen Frauen 146 Ctm. beträgt, der Kopfumfang von 51 Ctm. dem mikrocephalen Typus sich nähert.

Dr. *L. Monti*, Director des Manicomio von Calorno, tritt der Behauptung, dass die intercurrirenden akuten Krankheiten der Irren ohne Fieber verlaufen, in dieser Allgemeinheit entgegen, und sucht auf Grund der Untersuchungen *Leyden*'s, *Eulenburg-Guttmann*'s, *Jaccoud*'s, *Murri*'s, *Lassona*'s, *Liebermeister*'s und *Magnan*'s, dass beiderlei Zustände vorkommen, abhängig von directer oder indirecter Reizung oder Parese des Sympathicus, resp. der pyrogenen Centra des Gehirnes. In den mitgetheilten 6 Krankengeschichten (nebst Leichenöffnungen) erreichte die Temperatur nur in 1 Falle 38° C.

Die vielbesprochene und von italienischen und deutschen Klinikern im äussersten Winkel von Wälsch-Tirol bei Cadore aufgesuchte

Convulsionärin von Cortina-Ampezzo

hat ihren Geschichtsschreiber in Professor *Aug. Tebaldi* gefunden. Katherine d'Andrea, 42 Jahre alt, von gesunden Eltern abstammend, ist bis zu ihrem 14. Lebensjahre stets gesund gewesen, im 15. menstruirt, zuvor indess unter dem Eindruck einer starken Gemüthsbewegung an heftigen Gliederschmerzen erkrankt. Diesen folgten die Convulsionen, von welchen sie seitdem täglich von 11 Uhr 36 Minuten Vormittags bis 1 Uhr 25 Minuten Nachmittags heimgesucht wird. Jedem der Anfälle geht ein 3stündiger soporähnlicher Zustand voraus, in welchem die Kranke von einem tiefen beklemmenden Schmerze in der Herzgegend gequält wird. Plötzlich springt sie auf, wirft sich an den Fussboden, gegen den der Kopf auch trotz der Abwehr von 2 und mehr Wärtern mit Gewalt aufschlägt, das zuvor blasse Gesicht röthet sich und nimmt einen furienhaften Ausdruck an. Die Augäpfel rollen, ein nicht sehr lauter, sondern mehr gurgelnder, erstickter Schrei begleitet diese zweite Periode, die klonischen Krämpfe, die gegen 11 Uhr 55 Minuten milder werden, worauf die Kranke mit geröthetem Gesicht und geöffneten Augen den neuen Ausbruch zu dirigiren scheint. Dieser erfolgt, indem sie auf den Knieen gegen das untere Ende des Bettes hin rutscht, wo ein 5 Ctm. breites Brett die Wand bildet. Gegen letzteres führt sie mit der Stirn 4—6 so heftige Schläge, dass ich (*Teb.*) die Augen wegwenden musste. Diese Periode ist durch den entschiedenen Impuls der Selbstzerstörung ausgezeichnet. Auf's Bett zurückgelehnt, stösst sie Schmähreden und unanständige Worte gegen die beiden Wärterinnen aus, die sie von allem Zwang befreien und ihr einige Schlucke Wasser reichen, welche sie unter unbestimmten Verwünschungen hinunterschlürft. Darauf wird sie ruhig und verfällt in eine neue, weit längere und traurigere Phase des Anfalles. Nachdem das Bett in passender Weise geordnet ist, damit sie das Gleichgewicht nicht verliere, richtet sie sich auf, geht an die Ecke des Bettes, die genau an den Winkel des Zimmers stösst, stützt die rechte Hand auf einen hölzernen Knauf, der daselbst angebracht ist und dreht den Rücken gegen die Wand zur Linken des Kopfkissens. Diese hölzerne Wand ist ein wenig beweglich, da sie an einem nach aussen führenden Fenster lehnt. Hier beginnt die Kranke eine gleichmässige Bewegung mit dem linken Arm, anfangs nach hinten auf das Kreuz unter Vorwärtsbewegung der Brust, dann nach vorn, wie um dem Körper beim Aufrichten grössere Kraft zu geben, und richtet sich gleichzeitig auf, wobei sie das Hinterhaupt heftig gegen die Wand und zwar immer gegen dieselbe Stelle schlägt, so dass an der Tafel daselbst ein grosser schwärzlicher und in der Mitte heller Kreis sich befindet, wie wenn man mit einem Hammer beständig auf eine Stelle geschlagen hätte. Die Schläge wiederholen sich rhythmisch, je 2 in 1 Minute, später nehmen sie an Häufigkeit und Heftigkeit zu; sie sind so heftig, dass 2—3 genügen würden, um bei jedem anderen Individuum eine Hirnerschütterung zu bringen, falls der Hirnschädel es überhaupt aushielte. Jeder S

von einem Schrei begleitet, bei welchem die Kranke eine tiefe Inspiration und eine Exspiration macht, die mit dem Stoss gegen die Wand zusammenfällt. Nach 4—6 Schlägen erfolgt eine Pause, wiederum nach 9, dann nach 20, dann nach 60 Schlägen und so fort, bis ich und der College es nicht mehr mit ansehen konnten und wir für ein Weilchen hinausgingen. Während einer der Pausen wurde der Versuch gemacht, ihr ein Federkissen unterzuschieben, worüber sie jedoch wüthend wurde und um sich stiess. Das traurige Spiel dauerte mit kurzen Unterbrechungen bis 1 Uhr 10 Minuten Nachmittags fort. In den Pausen sprach sie für sich: „Wie schlimm, o Gott, wie schlimm!" und nahm einige Schlucke Wasser zu sich. Die letzten 6—8 Schläge waren noch heftiger als die ersten, indem sie den Kopf bis zu den Füssen hinab bog. Wir zählten in der ersten Viertelstunde 369 Schläge, Andere haben während der ganzen Dauer von 45 Minuten 4500 Schläge gezählt. Damit hatte der Anfall seinen Höhepunkt erreicht, es folgten einige gefährliche akrobatische Uebungen, indem die Kranke auf eine hölzerne Kugel des Bettrandes stieg, mit dem linken Fuss sich dagegen stemmte, mit dem Daumen der rechten Hand gegen die Zimmerdecke und in dieser Stellung sich 4—5 mal wie ein bekanntes Kinderspielzeug um sich selber drehte. Darauf versetzte sie sich — in ihrem Stosswinkel — noch einmal 7—8 Schläge gegen den Kopf, lief an das andere Ende und sprang ihrer Schwester in die Arme. — Nun folgte die letzte Uebung, zu deren Behuf die Schwester mit 2 an starken, vom Balken herabhängenden Stricken befestigte Lappen die Vorderarme der Kranken umwickelte. Letztere sprang plötzlich vom Bett auf, warf den Körper rückwärts, den Kopf nach unten und hing zwischen den Stricken, während die Beine gegen den Bauch der Schwester, die ihr die Hände hielt, sich anstemmten. Die Beine waren stark contrahirt und streckten und contrahirten sich stossweise. Nach einigen Minuten trat vollständige Muskelerschlaffung ein und der Anfall war nach 1 Uhr 49 Minuten beendigt. — Die Kranke lag mit geröthetem Gesicht, offenen Augen da, verlangte einen Schluck Wasser, erkannte ihren Arzt, beantwortete die Frage, ob sie sehr litte mit „O sehr!" und bat, da sie hörte, dass *Teb.* auch ein Arzt sei, um ein Medikament, das ihr den Tod gebe; grüsste und dankte beim Abschied und war überhaupt vollständig bewusst.

Tebaldi schied voll Grausen und Dante's Wort auf den Lippen: „Hinaus! dass wir die Sterne wiedersehn!" Von den Gedanken, die ihn bestürmten, sei nur der nüchternste erwähnt, dass der Fall, — der von allen Aerzten Hysterie genannt werden würde, obgleich er mit dem Uterus gar nichts zu thun hat — am besten der Oeffentlichkeit entzogen und einem Krankenhaus zugeführt werden müsste. *M. Fraenkel.*

Ueber sensorische Hirnrinden-Bezirke.

Im Anschluss an ihre experimentalen Forschungen am Thiergehirn veröffentlichen soeben die Professoren *Luciani* und *Tamburini* unter der Form einer vorläufigen Mittheilung eine Reihe klinischer Beobachtungen am Menschengehirn, die sensorischen Rindenbezirke betreffend, Da der Gegenstand, gegenüber den Forschungen über die motorischen Rindenbezirke, noch in der ersten Phase der Entwicklung sich befindet, überhaupt nur erst wenige reine und sichere Beobachtungen vorliegen, die in klarer Erkenntniss, um was es sich handelt, angestellt sind, so ist die Zusammenstellung unter dem neuen Gesichtspunkt kritisch gesichteter, der älteren und neueren Literatur entnommener Fälle ein erhebliches Verdienst der Herren *Luciani* und *Tamburini*.

Unter den 41 gesammelten Fällen, von denen nur 1 am Lebenden des pathologisch-anatomischen Nachweises ermangelt, befinden sich 34, welche sich lediglich auf den Gesichtssinn (Amblyopie, Hemiopie, Amaurose etc.), 3 auf combinirte Läsionen des Gesichts- und Gehörssinnes beziehen, 1 betrifft nur den letztern, 3 verschiedene Sinne.

A. Die klinischen Fälle von Störungen im Rindenbezirk des Sehorganes.

In 13 Fällen befand sich das pathologisch-anatomische Substrat in der rechten, in 13 Fällen an der linken, in 8 Fällen in beiden Hemisphären (des Grosshirnes).

In den 13 Fällen der rechten Hemisphäre waren 5 mal das linke Auge allein, 8 mal beide Augen betroffen, — in den 13 Fällen der linken Hemisphäre 4 mal das rechte, 9 mal beide Augen. Diese häufige Beidseitigkeit (s. v. v.) spricht für die Semi-Decussion des Opticus wenigstens beim Menschen.

Sämmtliche 34 Fälle lassen sich unter 2 Kategorien ordnen.

1. Von 14 Fällen ist in 8 der Sitz auf den Parietallappen beschränkt (2 darunter im Gyrus angularis), in 6 auf den Occipitallappen. In 1 Falle (*Abercrombie*) war die Blindheit vorübergehend, in 3 andern (*Burney*, *Russel* und *Glynn*) wies der Augenspiegel Neuritis oder Atrophie des Nn. optici nach; es bleiben daher eigentlich nur 10 Fälle übrig, welche später zu besprechen sind.

2. In 8 Fällen beschränkte sich der Sitz der Läsion nicht blos auf den Occipital-, auf den Parietal- oder auf beide Lappen zugleich, sondern traf auch andere Gegenden.

So bei *Ferrier* und *Fürstner* den Parietal- und zugleich den Temporo-Sphenoidallappen; bei *Laborde* und *Scotti* den Occipital- und Frontallappen; bei *Fürstner* und *Burresi* den Parietal-, Occipital- und Frontallappen; bei *Wernicke* dieselben und das Corpus striatum; bei *Abercrombie* den Occipitallappen und das Cerebellum.

Diese Complicationen anderer Läsionstheile mit denen der Parietal- und Occipitallappen sehen die Verfasser für einflusslos auf den Gesichtssinn an.

I. Kategorie. Läsionen des Parietal-, oder des Occipitallappens oder beider.

a. Alleiniger Sitz im Parietallappen.

Beob. 1. — Heftiger Kopfschmerz, danach Amaurose und epileptische Anfälle bei einem Manne. Knöcherner Tumor im linken Parietallappen (*Abercrombie*, Krankheiten des Gehirns und des Rückenmarks. 1836).

Beob. 2. — Fraktur des rechten Scheitelbeines mit starker Depression der Knochenstücke bei einem Knaben. — Hemiplegie und Blindheit links, beide gehoben nach Entfernung der Knochenstücke, zurückgekehrt in Folge eingetretener Pachymeningitis und mit dieser wiederum nachlassend (*Abercrombie* cit. bei *Ferrier* im Brit. med. Journ. 1878).

Beob. 3. — Tumor des linken Scheitelbeines mit Eindringen in den Parietallappen bei einem 44jährigen Manne. — Hemiplegie rechts, Amnesie, Aphasie, Verlust der Sehkraft (Gazz. Psichiatrica, 1852?).

Beob. 4. — Epileptisches Irrsein mit vorherrschend linksseitigen Convulsionen bei einem 57jährigen Manne. — Amblyopie, Gesichtstäuschungen. — Erweichung und Zerstörung des rechten Gyrus angularis und hinteren Parietallappens (*Ferrier*, West-Riding Lunat. Asyl. Report 1874).

Beob. 5. — Rechtsseitige Hemiopie. — Läsion der Rinde des linken Gyr. angularis (*Huguenin* cit. bei *Fürstner*, Archiv f. Psych., 1878).

b. Alleiniger Sitz im Occipitallappen.

Beob. 6. — Kopfweh, Schwindel, Amblyopie, Mydriasis, Schwindelanfälle mit vorübergehender Blindheit, dann Diplopie und epileptiforme Anfälle bei einem 26jährigen Manne. — Abscess vom Zelt in den linken Occipitallappen eindringend (*Abercrombie* l. c.).

Beob. 7. — Plötzliche Blindheit mit Kopfschmerz, welcher nach dem Eintreten linksseitiger Hemiplegie vergeht; die Paralyse verschwindet, Amblyopie bleibt. — Erweichung des Occipitallappens bei einem 16jährigen Manne (*Broadbent*, Brit. med. Journ. 1876).

Beob. 8. — 56jähriger Mann, seit 3—4 Jahren blind auf dem linken Auge, stirbt an Pneumonie. — Atrophie der Windungen (besonders der inneren und oberen) der Occipitallappen, hauptsächlich des rechten (*Huguenin*, Correspondenzblatt 1878).

Beob. 9. — Amblyopie seit vielen Jahren bei einer 42jährigen Frau. — Atrophie der Occipitalwindungen auf beiden Seiten (auch der Corpp. quadrigem., Nn. optici etc. etc.). *Huguenin* ibid.

Beob. 10. — Amblyopie der Paralytiker (Paragraphia) auf dem linken Auge. — Augenspiegeluntersuchung ergiebt nichts. — Erweichung der Rinde des rechten Occipitallappens (*Fürstner* l. c.).

c. Sitz im Parietal- und Occipitallappen.

Beob. 11. — Schädelfraktur mit Depression im Niveau der linken Scheitel-Hinterhaupts-Naht. — Parese und Anästhesie der rechten Oberextremität, Amnesie. — Anfangs fast gänzliches Fehlen der Sehkraft, später Doppeltsehen und besseres Erkennen von der Seite als von vorn, endlich dauernde Verminderung der Sehkraft (*Oré* im Bullet. de l'Acad. de Médéc. 1878).

Beob. 12. — 9jähriger Knabe. — Kopfschmerz, Erbrechen, Nahrungsverweigerung, darauf Amblyopie, Mydriasis, endlich Amaurose. Tod unter epileptiformen Convulsionen. — Echinococcusblasen in der Rinden- und Marksubstanz an der Seite des Parietal- und in der Mitte des Occipitallappens (*Ciccimarra*, Morgagni 1875).

Beob. 13. — 38jähriger Mann. — Fraktur des hinteren Theiles des rechten Scheitelbeines mit Hirnsubstanzverlust. Amblyopie, Schlafsucht und Ekel. Tod nach 6 Monaten im Coma. — Vollständige Zerstörung der Windungen des rechten Parietal- und Occipitallappens; an deren Stelle im Eitersack (*Carminati*, Raccoglitore medico 1856).

II. Läsionen des sensorischen Bezirkes und zugleich anderer Punkte der Hirnrinde.

a. Parietal- und Temporallappen.

Beob. 14. — Mann von 40 Jahren mit Dementia progressiva. — Allmäliger Verlust der Sehkraft bis zu fast vollständiger Blindheit, häufiges Schielen und Nystagmus auf dem linken Auge. — Krebsgeschwulst im Gyrus angularis, im hinteren Parietallappen und in den oberen $^2/_3$ des Schläfen-Keilbein-Lappens rechterseits (*Ferrier*, West-Rid. Asyl. Rep. 1874).

Beob. 15. — Mann, 42 Jahre alt. — Schwache Parese und Paragraphia (Hemiamblyopia) rechts, — Mydriasis links. Nach epileptiformen Anfällen Verschlimmerung der Sehstörungen, die später ganz und gar verschwinden. — Verwachsungen der Pia mit der Rinde, ausgedehnte Erweichung der 2. linken Parietal- und der 1. und 2. Temporal-Windung; rechts desgleichen, doch in weit geringerem Grade. Die Occipitallappen durchaus intact (*Fürstner*, Arch. f. Psych. 1877).

b. Occipital- und Frontallappen.

Beob. 16. — Mann, 60 a. n., Delirium. — Sprachstörung, bedeutende Sehschwäche, Paraplegie, Hyperästhesie und Hyperalgie der Beine, besonders des rechten. Endlich rechtsseitige Hemiplegie mit Contractur, Stupor, Coma, Tod. — Hämorrhagischer Heerd in den Windungen des rechten Hinterhauptlappens; ein ähnlicher links; ein dritter im linken Frontallappen. Thalam. optic. unversehrt (*Laborde*, Gazette médic. 1859).

Beob. 17. — 44jähriger Mann. — Kopfweh und wandernde Schmerzen, Parese, Gliederzittern, Amblyopie und Diplopie, darauf Amaurose. endlich Krämpfe, Coma und Tod. Markschwamm (?) im oberen T'

rechten Stirn- und des linken Hinterhauptlappens (*Scotti*, Gazz. Med. di Milano 1844).

c. Occipital- und Temporallappen.

Beob. 18. — Phthisiker, 36 Jahre alt. Plötzlich Amaurose; linke Pupille weiter als die rechte, Hyperästhesie am rechten Arm. Das Gehör scheint sich zu erhalten. Tod nach 10 Tagen ohne Besserung der Amaurose. — Erweichung des Occipital- und des Schläfen-Keilbeinlappens links. Der letztere enthält eine nussgrosse Höhle. In den Vierhügeln und sonst im Gehirn nichts Abnormes (*Glynn*, Brit. medic. Journ. Sept. 1878).

d. Parietal-, Occipital- und Frontallappen.

Beob. 19. — 47 Jahre alter Paralytiker. Epileptiforme Anfälle besonders linksseitig, Lähmung dieser Seite; linke Hemiamblyopie (Paragraphia). Augenspiegeluntersuchung negativ. — Atrophie der Stirnlappen, daselbst, besonders rechts Adhärenz der Pia und Ecchymosen, die den Centralwindungen (an ihrer unteren Commissur), der zweiten Parietal- und besonders der inneren Partie des Parietallappens (Lob. praecuneus) entsprechen, ebenso an der vorderen Hälfte der ersten Occipitalwindung. An diesen beiden letzten Stellen ist die Rinde schmutzig gelb und erweicht. Links keine Adhärenz hinter den Stirnlappen (*Fürstner*, Arch. f. Psych. 1878).

Beob. 20. — Frau, 30 a. n. Kopfschmerz, epileptiforme Anfälle unter vorausgehendem Ameisenlaufen und partiellen Krämpfen im linken Arme, der später paretisch wird. Hyperästhesie der Finger. Verminderung der Sehkraft, später bleibende Amblyopie — besonders des linken Auges. Mydriasis und leichter Exophthalmus ebendaselbst. Der Augenspiegel erweist keine Läsion. Der linke Arm wird vollständig paralytisch, ebenso der linke Fuss. Danach Sopor, Delirium, Aphasie, Zungenlähmung, starkes Fieber und Tod nach 5 Monaten. — Zahlreiche Tuberkeln am oberen mittleren Theile der rechten Grosshirnhemisphäre, namentlich an den die Rolando'sche Spalte begrenzenden Windungen. Aehnliche, aber kleiner und vereinzelter am hinteren Lappen derselben Hemisphäre (*Burresi*, Sperimentale 1877).

e. Parietal-, Occipitallappen und Corpus striatum.

Beob. 21. — Rechtsseitige Hemiopie. — Erweichungsheerd an der Convexität der linken Hemisphäre entsprechend dem Hinterhauptslappen erstreckt sich auf die 2. Parietal bis zur aufsteigenden Parietalwindung; überdiess ein Heerd im linken Streifenhügel (*Wernicke*, Verh. d. physiol. Ges. 1878).

f. Occipitallappen und Cerebellum.

Beob. 22. — Mann, 47 a. n. — Zunehmender Kopfschmerz, Verminderung der Sehkraft, Schwindel, nach 6 Monaten vollständige Amaurose, nach 9 Monaten der Tod. — Tumor am Zelt, der zum Theil den Hinterhauptslappen, zum Theil das Kleinhirn ergriff (*Abercrombie*, l. c. 1835).

Beob. 23. — Mann, 41 a. n., in der Irrenanstalt zu Reggio, leidet an

periodischer Manie mit kleptomanischen Neigungen. In der linken Parietalgegend, 5 Ctm. von der Kranznaht, 4 Ctm. von der Pfeilnaht befindet sich eine Vertiefung in Folge einer vor vielen Jahren geschehenen Fractur. Hemianästhesie des Tastgefühls an der rechten Körperhälfte, rechtsseitige Amblyopie und Gehörsschwäche auf dem rechten Ohr. Die Sehstörung gilt sowohl für die Schärfe, als auch für die Entfernung, beim Lesen wie beim Schreiben. Das horizontale Sehfeld mit deutlichem Sehen erstreckt sich am rechten Auge nur auf 183 Mm., das vertikale auf 105 Mm.; bei undeutlichem Sehen auf 370 und 340 Mm.; am linken Auge auf 460 und 340 für die beiden ersten, auf 760 und 620 für die zweiten Zustände.

Die Depressionsstelle im Knochen entspricht dem hinteren Theile der aufsteigenden Parietalwindung und der Furche zwischen der ersten und zweiten P. W.

Der Augenspiegel hat nichts Abnormes nachgewiesen, höchstens ein weissliches Aussehen der inneren Hälfte der Papille des rechten Sehnerven.

B. Läsionen im Rindenbezirk des Gehörsinnes.

Die Vfss. haben bisher nur 2 klinische Fälle aufzufinden vermocht.

Beob. 24. — Taubheit. Atrophie der ersten Schläfenwindung (*Huguénin*, Correspondbl. 1878).

Beob. 25. — Linksseitige Hemiplegie. Amnesie. Linksseitige Amblyopie. Taubheit. Erweichung der ersten und zweiten Schläfen-, der zweiten Scheitelwindung, z. Th. des Hinterhauptlappens; auch Heerde in beiden Thalamis (*Sabouirn*, Progrès Médic. 1877).

Die zweideutigen Fälle, sowie die Erörterungen der Vff. über *Fürstner's* Paragraphie mögen hier übergangen werden. Dagegen dürfen die negativen Beobachtungen nicht unerwähnt bleiben. *Ferrier* selbst in „Localisation in cerebral diseases 1878" citirt eine Reihe von Läsionen der Parietal- und Occipitallappen ohne Sinnesstörungen aus *Vautier*, *Pitres*, *Gull*, *Ogle* u. A.; auch bei *Charcot-Pitres* und *Gallopain* kommen dergleichen vor, wo bei Läsion des Gyr. angular. keine Sehstörung bestand. — Erklärlich wird dieses Fehlen durch die Ausdehnung (?) des Sehbezirkes der Rinde, ferner durch die Schwierigkeit, die Erscheinungen des gestörten Sinnes zu constatiren und endlich durch die Möglichkeit, dass langsam sich entwickelnde Läsionen compensirt werden können.

Ein vorzügliches Beispiel von Compensation lieferte den Experimentatoren der Fall eines Affen, welchem beide Gyri angulares und Occipitallappen, mithin sämmtliche von *Ferrier*, *Munk* und *Tamburini* selbst für die Centra des Gesichtssinnes erkannten Rindenpartien abgetragen waren, während der letztere gleichwohl zum Theil erhalten blieb, zum Theil binnen Kurzem wieder hergestellt wurde. Daraus schliessen

die Herren, dass an der Hirnbasis noch andere Sehcentra vorhanden sein müssen, und zwar wahrscheinlich in den Corp. bigemina und Thal. optici.

M. Fraenkel.

Studien über die Verbreitung des Cretinismus in Oesterreich, sowie über die Ursache der Kropfbildung von Dr. *E. Klebs*, k. k. o. ö. Professor der path. Anatomie in Prag. Prag 1877. 55 Seiten [1]).

Gewidmet dem Oester. Cultusminister Dr. *von Stremayr* in dankbarer Anerkennung der eifrigen Förderung wissenschaftlicher Arbeiten an den östr. Hochschulen. Leider hat dieser, wenn ich nicht irre, schon ein anderes Ministerium übernommen. Unwillkürlich wurde ich an *Köstl's* Widmung der Schrift „über endemischen Cretinismus" an den Minister *Bach* erinnert, der der Erste das grosse Wort gesprochen, „dass es doch möglich wäre, damit Etwas gegen das Uebel geschähe", über die „der Segen der Menschheit kommen, den eine muntere und sinnige Nachkommenschaft gesegneter Alpenthäler Oesterreichs, jetzt menschenleer und traurig öde, mit Schilf und Nass begraben, in dankbar ewigem Andenken behalten wird." Gegenwärtiges Werk giebt den besten Beleg darüber, dass man in Sachen des Cretinismus in Oesterreich unter *Stremayr* nicht weiter gekommen ist als unter *Bach*.

Das Werk gliedert sich in 3 Theile, deren erster „Zur Verbreitung des Cretinismus in Böhmen" mit seinem zweideutigen Titel eine Vorlesung vor einem ärztlichen Publikum zu sein scheint. Wenigstens meint Verfasser, dass er in einer ärztlichen Versammlung über die Diagnose des Cr. sich kurz fassen könne. Wer nur einigermaassen den betreffenden Gegenstand kennt, muss zugestehen, dass gerade die Begriffsbestimmung neben der Aetiologie der streitige Punkt ist. Ich erlaube mir deshalb etwas näher auf die Symptome einzugehen.

1) Nach allen Untersuchungen, von der ältesten bis auf die neueste Zeit, sei das Hauptgewicht auf das Zurückbleiben des Längenwachsthums zu legen, das sowohl an dem Körper- wie Kopfskelett höchst auffallende und charakteristische Veränderungen hervorbringe. Die Körperlänge betrage bei ausgewachsenen Individuen bisweilen weniger als 1 Meter, häufiger 1,2—1,5, könne aber auch ziemlich die Normalgrösse erreichen.

Da ich mit einschlägigen Arbeiten beschäftigt gewesen bin, habe ich die in dem Werkchen verzeichneten Maasse zusammengestellt und erhielt folgendes Resultat:

---

[1]) Vorgetragen in der 13. Vers. der Irrenärzte Niedersachsens und Westphalens.

Männliche.

Alter.	Zahl der Fälle.	Körperlänge der Cret.	Körperlänge der Idioten	Körperlänge normale.	Kopfumfang der Cret.	Kopfumfang norm. nach *Welck.*	Kopfumfang norm. nach *Quet.*
3	—	—	—	—	—	—	—
4	—	—	—	—	—	—	—
5	2	97,5	99	99	51,8	48	50
6	—	—	103	105	—	—	—
7	1	91	106	110	49	49	51
8	1	110	111	116	51	50	52
9	—	—	116	122	—	—	—
10	1	122	119	127	51	51	53
11	—	—	123	133	—	—	—
12	2	122	126	138	51,6	52	54
13	1	122	129	142	59,5	—	—
14	—	—	134	147	—	—	—
15	3	138,5	140	151	52,3	51	54
16	—	—	144	155	—	—	—
17	1	137	148	160	54	53	55
18	1	140	151	163	52,5	54	56
19	—	—	153	166	—	—	—
20	—	—	157	167	—	—	—
21	2	135,5	159	—	53,8	54	56
22	—	—	161	—	—	—	—
23	1	124	162	—	54	—	—
24	1	175	162	—	55	—	—
25—30	5	137	162	168	54,8	54	56
über 30	11	151,8	—	169	55,2	54	56
in Sa.	33	—	—	—	—	—	—

Weibliche.

Alter.	Zahl der Fälle.	Körperlänge der Cret.	Körperlänge der Idioten	Körperlänge normale.	Kopfumfang der Cret.	Kopfumfang norm. nach *Welck.*	Kopfumfang norm. nach *Quet.*
3	2	83,5	—	85	46,3	46	48
4	—	—	—	92	—	—	—
5	—	—	105	97	—	—	—
6	—	—	102	103	—	—	—
7	—	—	106	109	—	—	—
8	—	—	110	114	—	—	—
9	—	—	115	120	—	—	—
10	—	—	119	125	—	—	—
11	—	—	122	130	—	—	—
12	1	120	126	135	52,5	50	52
13	—	—	130	140	—	—	—
14	—	—	134	145	—	—	—
15	1	132	138	149	54	51	52
16	—	—	141	152	—	—	—
17	1	115	143	155	54	52	53
18	1	122	146	156	53	52	53
19	1	146	146	157	54,5	52	54
20	2	144,2	146	157	55,5	52	54
21	—	—	146	—	—	—	—
22	1	151	145	—	57	52	54
23	1	138	146	—	52,5	52	—
24	—	—	146	—	—	—	—
25—30	10	138,6	143	158	52,6	52	54
über 30	4	143,8	—	—	54,5	52	54
in Sa.	25	—	—	—	—	—	—

Beigefügt habe ich die vor Jahren ermittelte Körperlänge der Idioten in Hannover (vgl. Archiv für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten, VI. Bd., S. 447) und die Normalmaasse *Quetelet*'s. Ueber den Kopfumfang siehe weiter unten.

Aus der Betrachtung der Tabelle erhellt ohne Weiteres, dass der von *Klebs* gegebenen Daten zu wenige sind, um eine stetig ansteigende Tabelle zu bilden, dass die gegebenen ein bedeutendes Zurückbleiben hinter der Norm erkennen lassen, dass sie aber nicht hinreichen, um einen Unterschied von der Grösse der Idioten zu constatiren.

2) Der Kopf erscheine plump gebildet, im Verhältniss zu dem kurzen Körper gross, doch betreffe die Vergrösserung vorzugsweise das Gesicht, welches oft ungemein breit und ungeschlacht gestaltet sei: mit weit abstehenden Jochbogen und Wangenbeinen (kann man so unterscheiden? Ref.), breiter Nase, tief eingezogener Nasenwurzel, weitem Abstande der Augen. Die Lippen seien wulstig, die Zunge oft vergrössert, die Kieferränder breit mit weit abstehenden Zähnen besetzt, von denen sich namentlich die mittleren oberen Schneidezähne durch auffallende Breite auszeichneten.

Der Schädel sei, wie bemerkt, gewöhnlich klein (oben ist er gross genannt), könne aber auch normale Grösse haben, sei häufig etwas platt, Stirn niedrig, oft mit stark vorspringender Superciliargegend. Das Hinterhaupt falle gewöhnlich steil ab und springe nicht stark vor. Der Kopf erscheine im Ganzen dagegen durch die oft sehr dichte Behaarung und die schon von den älteren Beobachtern vielfach bemerkte auffallend lockere Beschaffenheit der Weichtheile grösser, als er wirklich ist. Der Kopfumfang an Lebenden gemessen (von der Glabella frontis zur Protub. occip.) betrage nur 50 bis höchstens 55 Ctm. Ausgesondert müssten natürlich solche Fälle werden, in denen gleichzeitig Hydrocephalus oder Schädeldifformitäten vorkommen. Bei den reinen Cretinen sei der Schädel vollkommen symmetrisch gebildet. Von *Virchow* sei mit Recht die Verkürzung der Schädelbasis hervorgehoben worden, von *Maffei* die langsame Zahnentwickelung. Die Haut sei gewöhnlich fahl, schlaff.

Vergleicht man die in obiger Tabelle zusammengestellten horizontalen Umfänge des Schädels mit den beigefügten Mittelzahlen *Welcker*'s, davon 2 Ctm. für die Kopfschwarte zugegeben sind, so leuchtet ein, dass von Verkleinerung der Köpfe nicht die Rede sein kann. Die ebenfalls beigefügten Kopfumfänge *Quetelet*'s sind allerdings grösser, sind aber circonférences par les orbites ou par les sinus-frontaux, sind also über die Augenbrauenränder genommen und fallen deshalb grösser aus, als die über die Glabella gemessenen. Auch *Lombroso* (vgl. Klinische Beiträge zur Psychiatrie, übersetzt von *Fraenkel*) hebt hervor, dass der Kopf der Cretinen zur Makrocephalie neige; die an und für sich hohen Maasse seien um so auffälliger, als die Körpergrösse eine geringere sei. Dasselbe Verhältniss habe ich bei Idioten nachgewiesen: einen im Verhältniss zur Körperlänge zu grossen Kopf.

Noch einige andere Behauptungen bringen geradezu in Verlegenheit,

so die angeblich vollkommen symmetrische Bildung des Schädels bei den reinen Cretinen. Vergleicht man mit dieser Behauptung die Ergebnisse aller bedeutenden Forscher auf diesem Gebiete, die, wie sich dies gehört, nicht blos an den Lebenden ihre Beobachtungen anstellten, so ergiebt sich ein directer Widerspruch. Ich weise nur auf die klassischen Untersuchungen *Stahl's* und *Virchow's* in dieser Beziehung hin, die durch das Studium der Cretinenschädel zur Aufstellung der allgemein angenommenen Klassification der abnormen Kopfformen gelangten. Auch *Lombroso* fand in 30 Fällen von 100 bei der Messung der beiden Hälften des Kopfumfanges eine Differenz von 1—2 bis 6 Ctm. Ich bin überzeugt, dass wenn man, wie gefordert wird, die Fälle von Hydrocephalus und alle anderen Schädeldifformitäten aussondert, nur wenige Cretinen nach dieser Norm übrig bleiben. Dazu kommt, dass diese Aussonderung während des Lebens oft unmöglich ist. Die verspätete und abnorme Zahnbildung kommt auch sehr häufig bei unseren Idioten vor. Die dicken wulstigen Lippen gehören nach *Lombroso* vor allem der Scrofulose an, während die Cretinen dünne Lippen haben sollen. Die mittleren oberen Schneidezähne sind auch bei Normalen in der Regel breiter als die unteren. Wenn der Verfasser den Cretinismus einen eigenartigen Process nennt, der namentlich mit Rhachitis und Scrofulose, die so vielfach als Ursache des Cretinismus beschuldigt würden, durchaus keine Aehnlichkeit besitze, so scheint mir dies etwas zu weit gegangen. Manche Abnormitäten des Skeletts der Cretinen lassen sich recht wohl aus rhachitischen Processen erklären und Thatsache ist es, dass in cretinenreichen Gegenden auch Rhachitis häufig auftritt, dass endlich unsere Idioten sehr häufig an Rhachitis und Scrofulose leiden.

3) Weiterhin nimmt *Klebs* eine ganz entschieden verneinende Stellung gegen die fast allgemein angenommene Ansicht ein, dass die geistigen Fähigkeiten der Cretinen sich nicht über das allerniedrigste Niveau erheben, welcher Ansicht zufolge man irriger Weise den Zustand als endemische, angeborene Idiotie bezeichne. Diese Anschauung, welche, wie er glaube, die ganze Lehre vom Cretinismus verwirrt habe, bedürfe beträchtlicher Einschränkungen. Es sei richtig, dass die hochgradigsten Cretinen in geistiger und physischer Beziehung über (soll wohl heissen unter) dem Niveau des Thieres ständen, aber es sei wohl zu beachten, dass diese Formen vorzugsweise nur da vorgefunden würden, wo eine tiefe Vernachlässigung in der Erziehung Platz gegriffen habe. Im Allgemeinen stehe die geistige Befähigung der Cr. weit über derjenigen der höheren Grade des erworbenen Idiotismus; der Cr. sei in den meisten Fällen bis zu einem gewissen Grade bildungs- oder, wenn man lieber wolle, abrichtungsfähig und die erfahrensten Beobachter, so *Maffei*, seien oftmals bei hochgradigen Cr. durch Züge von Verständniss überrascht worden. So wolle er hervorheben: ein erstaunliches Gedächtniss, Ortskenntniss, Kenntniss des Geldes, der ländlichen Werkzeuge, ferner von psychischen Empfindungen: Schamhaftigkeit, Zu- und Abneigung etc. Es liessen sich ferner in allen Cre-

tinengegenden Leute von typischer cretinischer Form nachweisen, welche eine höhere, z. Th. nahezu vollkommene Intelligenz besässen. Diese höhere geistige Entwickelung hänge nicht immer von der Sprachfähigkeit ab. Endlich fehle es nicht an Fällen von Cretinismus ohne Idiotie, wovon 2 Fälle angeführt werden, allerdings ohne weitere Charakterisirung. Daraus folge die Nothwendigkeit, die cretinistische Körperform und die geistige Störung, welche allerdings vielfach bei demselben Individuum vorkämen, von einander sorgfältig zu trennen. In den statistischen Angaben seien daher Cretinismus, Idiotie und Taubstummheit als 3 besondere Zustände aufzuführen und Combinationen derselben zu bezeichnen: in der ersten Gruppe Cretinismus mit oder ohne Idiotie und Taubstummheit. Richtiger sei auch in letzterer Beziehung Hör- und Sprachfähigkeit gesondert hervorzuheben.

Eine bedeutsame Unterstützung dieser Anschauung werde durch die Fälle von frühzeitig erworbener, aus einer Encephalitis hervorgegangener Idiotie gewonnen, welche er in den bereisten Gegenden angetroffen habe. Die äussere Erscheinung dieser letzteren Individuen biete den auffälligsten Gegensatz zu den Cret. dar, indem gar kein oder ein geringes Zurückbleiben des Längenwachsthums, eine vollständig normale Schädel- und Gesichtsbildung bei diesen wahrzunehmen sei.

Gegen den letzteren Grund erlaube ich mir die oben erwähnte Arbeit über das Längenwachsthum der Idioten und das daselbst über Idiotenschädel Gesagte anzuführen. Es giebt aber auch unter den Idioten einige, verhältnissmässig wenige, welche das normale Maass erreichen, genau so wie es *Klebs* bei den Cret. anführt; ich selbst habe aber noch keinen gefunden, der es überschritten habe, während nach *Lombroso* eine ganze Klasse von Cret. das Normalmaass selbst bis in das Gigantische überschreitet.

Gegen die obige Ansicht über geistige Entwickelung resp. Entwickelungsfähigkeit will ich nur den von *Klebs* mehrfach citirten *Maffei* (Neue Untersuchungen über den Cret. Erlangen 1844. 2. Bd. S. 91) anführen: Der Cretin ist ein kranker Mensch und seine geistigen Fähigkeiten und Kräfte sind auch krank, theilweise mangelnd, theilweise schlaff oder ausser Gebrauch. Und *Lombroso* a. ob. O. S. 152: (der Cretin) ist fast erziehungsunfähig, hat keine Spur von Gemüth. S. 133: Die Sprache ist ein überflüssiger Luxus für Leute, die oft nicht einmal die Empfindungen eines Thieres besitzen. S. 135: Das Gemüth anlangend herrschen 2 Eigenschaften vor, Furcht und Eitelkeit .... Die Nachahmungssucht ist die einzige geistige Fähigkeit, die sich auf den Gesichtern Einiger zeigt.

Was *Klebs* als specielle Beweise einer höheren geistigen Entwickelung anführt, ist doch recht wenig und auch alle weiter bei einzelnen Fällen aufgeführten Beweise der höheren geistigen Stufe sind nicht im Stande, die allgemeine Ansicht, welche auch Referent theilt, zu erschüttern, dass die Cretinen Idioten sind. An Bildungsstätten zur Erprobung ihrer Bildungsfähigkeit hat es nicht gefehlt. In welcher ist denn nur ein einziger Cret. soweit erzogen und gebildet worden, als ein geistig normal veranlagter

Mensch? Und in welcher Beziehung stehen die Leistungen der Idiotenanstalten den in Cretinenanstalten gewonnenen nach? Nach der Ansicht des Referenten sind eine ganze Reihe von Cretinenanstalten und speciell in Oesterreich an der Prätension zu Grunde gegangen, Cret. zu normaler geistiger Bildung erziehen zu wollen.

Im zweiten Abschnitt legt *Klebs* anfänglich in Briefform seine Untersuchungen über den Cretinismus im Salzburger Lande dar. Wir können von den interessanten Einzelheiten nur Einiges anführen. Die Stadt Salzburg ist nach der officiellen Statistik von 1873 frei von Cretinismus. Auf den Wunsch des Verfassers, es möchte ermittelt werden, ob diese Immunität auch früher bestanden, geben *Knolz* und *Zillner* wohl hinreichende Auskunft. Letzterer weist in seinem schon 1860 erschienenen (nach Ansicht des Ref. noch nicht übertroffenem) Werke „Ueber Idiotie" auch nach, durch welche Mittel höchst wahrscheinlich die Stadt frei geworden ist. Das Land Salzburg producirt nun freilich nach *Klebs* noch Cret. genug. In St. Johann Markt, in Hüttschlag, Niedersill, Bramberg sind noch förmliche Cretinenheerde. Am Schlusse fordert *Klebs* die ärztlichen Collegen auf, nach dem Vorgange der Schweiz und Deutschlands sich zur weiteren Erforschung der Zahl der Cret. eines Zahlblättchens zu bedienen, dessen Schema mitgetheilt ist. Den obigen Ansichten zufolge lautet die Ueberschrift: Cretinismus mit / ohne congenitale Idioten und fordert neben genauer Ortsangabe Auskunft über Namen, Alter, Geschlecht, Geburtsort, Eltern, Geschwister, Körperlänge, Kopfumfang, Schädelform, Kopfhaar, Gesichtsbildung (und zwar Stirn, Nase und Nasenwurzel, Lippen, Mund, Zunge, Zähne) Skelettbildung, Gangart, Sprachvermögen, Hörlosigkeit, geistige Entwickelung, Wohnverhältnisse, Wasserbezug. Ich gestehe gern zu, dass im Vergleich zu den Forderungen *Köstl's*, der nicht weniger als 259 von 262 Fragen von den Aerzten beantwortet wünschte, darunter solche wie: welche sind die Unterscheidungsmerkmale des Cretinismus von dem ihm verwandten Krankheiten? die Ansprüche dieser Zählblättchen bescheiden sind, wünsche auch von Herzen Erfolg, doch muss ich denselben bezweifeln. Einmal werden nicht alle practischen Aerzte Zeit und Mittel haben, sich den nicht geringen Mühen unterziehen zu können, da die von *Klebs* selbst S. 11 ausgesprochene Forderung einer Entschädigung von Seiten der Behörden nicht in Aussicht steht, im Gegentheil, wie S. 39 erzählt wird, zu bedauern ist, dass die neuerdings angenommenen Maassregeln zur Reorganisation des Sanitätsdienstes derartige sind, dass sie allgemeine Entrüstung im ärztlichen Stande hervorgerufen haben. Für's zweite fehlt auch die von *Klebs* selbst gewünschte Instruction für die Erheber der Statistik, welche die maassgebenden Grundsätze enthält, indem selbst unter Aerzten die Anschauungen über die einzelnen Formen äusserst different seien und z. B. in der in Deutschland angenommenen Eintheilung der Geisteskrankheiten Idiotie und Cretinismus als gemeinschaftliche Gruppe aufgestellt sei.

Wie obige Bemerkungen, ist aber der Begriff Cretinismus ein so schwankender, dass eine Statistik auf Grund desselben unmöglich ist. Ich habe oben die Hauptmerkmale nach *Klebs* zusammengestellt. Wenn nun jedes derselben fehlen oder nur andeutungsweise vorhanden sein kann, wo ist dann die Grenze des Begriffs? Wie viele müssen congruiren, um denselben herzustellen? Und lässt man nun vollends das Merkmal fallen, welches von Alters her nicht blos bei dem Volke, sondern selbst bei den Trägern der Wissenschaft als das augenfälligste und als das gegolten hat, durch welches der ganze Begriff eine so grosse Bedeutung für das Volkswohl erlangt hat, die geistige Inferiorität, so heisst dies, eine Revolution auf diesem Gebiete beginnen, deren Erfolg davon abhängen wird, wie viele sich derselben anschliessen. Will man „Cretinismus" in der Wissenschaft behalten, so ist nöthig, dass man ein oder mehrere specifische Merkmale aufführt, welche nicht fehlen dürfen. Das wird eine Sache der Uebereinkunft sein und es wäre dringend zu wünschen, dass eine grössere Zahl von Sachverständigen in Gemeinschaft die Sache erledigten.

Welche Motive den Cretinismus auf den Zählblättchen der deutschen Irrenärzte als gleichberechtigt mit Idiotie erscheinen lassen, ist mir unbekannt. Soweit ich den Verhandlungen beigewohnt habe, ist man absichtlich oder instinctiv schnell über die Sache hinweggegangen; ich glaube aber, dass Viele gemeint haben, unter Cretinismus die Idiotie mit körperlicher Missgestaltung verstehen zu müssen. Auch dies lässt sich nicht halten. Je weiter das Studium über Idiotie in das Einzelne eindringt, desto seltner werden die Fälle, bei denen man von normaler körperlicher Entwickelung reden darf. Irgend ein Resultat bei den statistischen Zusammenstellungen hat die Zweitheilung Idiotie und Cretinismus meines Wissens nicht gebracht. Streicht man nun vollends das Merkmal der Idiotie bei dem Cretinismus, so ist nicht abzusehen, welches Interesse die Psychiatrie an dem geistig normalen Cretinen haben soll.

Was nun endlich die congenitale Idiotie bei Cretinen bedeuten soll, kann ich nicht begreifen, da das Wenige, was *Maffei* über die erste Entwickelung des Cret. beobachtet hat und dem *Klebs* nichts zuzufügen weiss, darauf hinauskommt, dass vor dem 4. oder 5. Lebensmonat die Diagnose auf Cretinismus gar nicht zu stellen sei. Und nun wird verlangt, dass man die Idiotie, die doch kein specifisches Merkmal des Cret. sein soll, sofort nach der Geburt bestimme. Sieht man die von *Maffei* angeführten Symptome ferner genau an, so sind dieselben alle von der psychischen Seite hergenommen.

Schliesslich stellt sich der Verfasser die Aufgabe, die gewonnenen Resultate in wenigen Sätzen zusammenzufassen. Obgleich im Salzburger Lande die Krankheit sich ungefähr zwischen den Höhen von 400—800 Mtr. über dem Meere verbreitet zeige, so glaube er doch annehmen zu dürfen, dass dies weniger mit der absoluten Höhenlage zusammenhänge, als vielmehr mit den besonderen Verhältnissen der Wassercirculation in dem Boden dieser

Gegenden. Als Regel sei anzunehmen, dass in der That die Ebene von cretinistischer Entartung frei sei. Ein wasserreiches sumpfiges Terrain trage nicht an allen Orten die gleichen krankmachenden Ursachen in sich. Weder die geologische Beschaffenheit des Bodens, noch etwa der Mangel an Licht und Ventilation in Gebirgsthälern sei die Ursache des Processes. Schon die Thatsache, dass nicht selten in einer Familie nur einige oder wenige Kinder erkranken, während die übrigen frei bleiben, spräche gegen die Wirksamkeit so allgemeiner Ursachen. Dieselbe deute vielmehr darauf hin, dass eben besondere Einflüsse in jedem einzelnen Falle wirkten, die im Wesentlichen an den Boden geknüpft seien. Die in der Schweiz in einem Zeitraume von 10—20 Jahren durch bessere Cultur und Entwässerung des Bodens vollkommen von dem Uebel frei gewordenen Lokalitäten wiesen auch entschieden auf das Wasser als Bezugsquelle hin.

Dieser Ansicht entsprechend hat nun Verfasser an zahlreichen Orten Proben des Trinkwassers in gehörig gereinigten und geglühten Glasröhren eingeschmolzen und später in den pathologischen Instituten zu Bern und Prag untersuchen lassen und selbst untersucht. Gefunden wurden Arten der Infusoriengattungen Monas und Navicula. Ob dieselben wirklich in genetischer Beziehung zum Cret. ständen, könne nicht ohne Weiteres behauptet werden. Es werde die Aufgabe der experimentirenden Pathologie sein, auf synthetischem Wege die Frage zu entscheiden, ob durch die Uebertragung der gefundenen Organismen Kropf und Cret. erzeugt werden könne.

Somit wären wir denn auch endlich auf den eigentlich bis dahin nur beiher erwähnten Kropf gekommen, der wie bekannt von anderer competenter Seite entweder als hauptsächlichstes pathognomisches Zeichen des Cret., oder als unfehlbar den Eltern oder Verwandtschaft angehörig, oder wenigstens als stetiger Begleiter des Cret. aufgeführt wird.

In einem dritten Abschnitte „Ueber die Ursache des Kropfes" weist der Verfasser zuerst darauf hin, dass die bekannte Thatsache des endemischen Vorkommens des Kropfes zu ergänzen sei durch die Thatsache des sporadischen Auftretens selbst schwerer Kropffälle in Gegenden, welche sonst nicht in hervorragender Weise zur Kropfbildung disponiren, sowie durch die Beobachtung von Massenerkrankungen namentlich im Militär, wie in Schulen. Diese Thatsachen nöthigten zu der Annahme, dass die Ursache des Kropfes in manchen Gegenden constant, in anderen nur zeit- oder stellenweise vorhanden sei. Ferner lehrten die sporadischen Fälle in kropffreier Gegend, dass von einer allgemeinen atmosphärischen Ursache unbedingt abgesehen werden müsse. Endlich nöthige das Vorkommen des Kropfes auf den verschiedensten Bodenarten von dem Einflusse einer unorganischen Beimischung des Trinkwassers auf die Entstehung desselben zu abstrahiren.

Die Wahrnehmung, dass im Salzburgischen junge Hunde häufig hohe Grade von Kropf darböten, habe es nahe gelegt, mit solchen Thieren zu experimentiren. Ein erfolgreiches Experiment legte auch dar, dass eine merkliche Zunahme der Drüse unter der Einwirkung von Wasser aus

St. Johann während dreier Wochen stattgefunden habe. Die Ansicht, dass die Zunahme des Kropfes durch die in dem Wasser befindlichen Organismen bewirkt worden sei, wurde auch durch den Nachweis der letzteren in der Drüse eines an Trachealcompression durch eine im Verlauf von 3 Wochen entstandene Struma zu Grunde gegangenen jungen Mannes unterstützt. [Angefügt ist ein Verzeichniss der von Prof. *A. Weiss* bestimmten Diatomeen und Desmidiaceen in dem Bramberger Wasser (Dorfleitung).]

Sollte sich die Ansicht als die richtige erweisen, dass der Kropf eine Infectionskrankheit sei, würde ein zweiter Nachweis nothwendig sein, dass der Cretin. aus gleicher Ursache entstehe oder dass letzterer eine Weiterentwickelung oder andere Form der Dyskrasie sei, deren ein oder erstes Symptom der Kropf, deren zweites oder weiter entwickeltes der Cret. ist.

Wenn man die verschiedenen Entwickelungsphasen der Begriffe Cretinismus und Idiotismus mit durchlebt hat und gewissermaassen gezwungen ist, inmitten dieser Schwankungen und Widersprüche, auf deren einige ich oben hinzuweisen mir erlaubte, Stellung zu nehmen, muss man sich freuen, dass der Verf. am Schlusse seines Werkes einen Weg gezeigt hat, der aus den Irrwegen herausführen kann. *Kind.*

F. Runge (dirig. Arzte der Wasserheilanstalt in Nassau), die Wassercur. Allgemeinverständliche Darstellung des Wesens und der Aufgaben derselben und der bedeutenderen Wasserheilanstalten. Mit 12 Abbild. Lpz., Weber. 1879. 240 S. M. 2.50.

Es gab eine Zeit, in der die Psychiater vor der Benutzung der Kalt-Wasserheilanstalten warnten und sie der Mitwirkung zur Unheilbarkeit in Fällen von Psychosen beschuldigten. Jetzt ist dies anders geworden, theils weil in den Wasserheilanstalten selbst eine umsichtigere Behandlung Platz gegriffen hat, theils weil den Psychiatern eine grössere Mitwirkung in der Behandlung der Anfangsstadien der Psychosen zugefallen ist. Wird doch jetzt in den Anstalten für Psychisch-Kranke ein grosser Werth auf die Wassercuren gelegt und sind die meisten derselben mit Einrichtungen versehen, welche die Benutzung aller Formen derselben zulassen. Die Wasserheilanstalten sind aber Heilanstalten geworden, in denen allerdings die Kranken aufgenommen werden, bei welchen Wassercuren vorzugsweise Platz greifen, bei welchen aber auch ärztliche Leitung, Ruhe, frische Luft, zweckmässige Bewegung, geregelte Diät und äussere Lebensordnung als wesentliche Factoren der Heilung angesehen werden. Es ist daher kein Wunder, dass der Herr Verf. unter den ihm anvertrauten Kranken über $^1/_3$ als an Nervenkrankheiten leidend anführt, wovon 685 an Kopfdruck, me-

lanch. Verstimmung, Hypochondrie und Hysterie litten, von denen er binnen 6—10 Wochen 445 heilte und 224 besserte. Einen längeren Aufenthalt zu nehmen räth er nur ausnahmsweise. Schon diese Resultate müssen den Psychiater anregen, in den geeigneten Fällen von Centralneurose zur Benutzung von Wasserheilanstalten aufzufordern, um so mehr, als die Vorurtheile noch sehr der Benutzung von Anstalten für Psychisch-Kranke entgegenstehen, viele der letzteren noch der wünschenswerthen Einrichtungen entbehren, um sie für alle Fälle nutzbar zu machen und unter Umständen das Zusammenleben mit Nicht-Psychisch-Kranken vortheilhaft sein kann. Sehr brauchbar ist für diesen Zweck im vorliegenden Buche die Zusammenstellung aller bedeutenderen Wasserheilanstalten, die eine Auswahl je nach den klimatischen, finanziellen und ärztlichen Verhältnissen der betreffenden Anstalten zulässt.

Aber auch der Anstaltsarzt wird für die in seiner Anstalt ihm anvertrauten Kranken nicht ohne grossen Nutzen sich durch die vorliegende Schrift belehren. Eine gewisse Eintönigkeit wird Betreffs der Wassercur in den meist viel zahlreicher besuchten und stets viel umfassenderer Hülfsmittel bedürfenden Irrenanstalten nur zu leicht Platz greifen, während die verschiedensten Formen der Wassercur und ihre Indicationen in einer rationellen und auf reicher Erfahrung beruhenden Weise von dem Verf. erläutert werden. Den einheitlichen Charakter der Wasserheilanstalt will der Verf. durchaus gewahrt wissen und er giebt zweckmässige Rathschläge, durch welche Bestimmungen derselbe unbeschadet der freien Bewegung in ihr zu erreichen ist.

Wir glauben daher, die Durchsicht dieser Schrift allen Collegen empfehlen zu müssen. Bei einer voraussichtlich neuen Auflage dürften einige Wiederholungen in den physiologischen Erläuterungen unbeschadet des Zweckes wegbleiben können und dies die Uebersicht erleichtern. *L.*

Kleinere Mittheilungen.

Nachruf

an

Dr. *Hermann Dick,*

Königl. bayr. Hofrath und Director der Kreis-Irrenanstalt Klingenmünster.

Schon wieder ist einer aus der Reihe der alten Fachgenossen dahingegangen. Der alte, treue *Dick*, der erste Director Klingenmünsters ist gestorben, und sein Tod hat eine breite Lücke in dem Herzen aller derer zurückgelassen, die mit ihm in näherer Verbindung standen. Aber für diese letzteren schreibe ich nicht, denn was könnte ich ihnen sagen, wodurch ihre Liebe und Verehrung für den Dahingeschiedenen noch erhöht würde!

Dagegen möchte ich denen, die ihn weniger gekannt, und wenn auch nur mit wenigen Zügen das Bild eines Mannes entwerfen, der, eine Kernnatur durch und durch, harmlos und heiter war wie das Land, dem er durch Geburt und Neigung angehörte, gediegen und ernst wie die Anstalt, deren langjähriger Leiter er gewesen.

Es ist daher weniger eine Biographie oder die Schilderung eines Lebens und seines Entwickelungsganges, denn dieses Leben ging im Ganzen ruhig und gleichmässig dahin, und unsere Wege kreuzten sich erst spät. Aber wie der Mann in den späteren Jahren war, weshalb man sich zu ihm hingezogen fühlte wie selten zu einem Menschen, und warum man ihn so lieb gewinnen musste, darüber drängt es mich, der ich das Glück hatte ihn zu kennen und den Schmerz, ihn zu verlieren, an dieser Stelle einige Worte zu sagen.

Hermann Dick wurde am 25. November 1814 in der alten Reichsstadt Speier geboren und erhielt seine erste Bildung in den Schulen und Gymnasien seiner Heimat. Nachdem er seine Universitätsstudien in den Jahren 1832—1836 absolvirt und das Biennium practicum theils in Frankenthal als Assistenzarzt an dem dortigen Kranken- und Irrenhause, theils in Berlin verbracht hatte, bestand er 1838 das Staatsexamen, und praktizirte nach und nach in verschiedenen Orten seines Heimatslandes.

Im Jahre 1849 erhielt er eine Physikatsstelle in Hornbach. Verheiratet war er seit dem 24. August 1842.

Als nun die Landräthe der Pfalz mit dem Gedanken umgingen, eine eigene Irrenanstalt zu errichten, und es sich darum handelte, für die neue Anstalt auch den richtigen Mann zu finden, lenkte sich die Aufmerksamkeit sofort auf *Dick*, und er fand sich bereit dem Rufe zu folgen.

Zwei Jahre, von 1853—1855, bereiste er die Anstalten Deutschlands, Englands, Belgiens und Frankreichs.

Aber noch zwei weitere Jahre musste er warten, bis endlich im Sommer 1857 sein neues Heim, Klingenmünster, eröffnet werden konnte, der Ort seines ferneren Wirkens, auf dessem Friedhofe er nun seine letzte Ruhestätte gefunden hat.

Das sind in kurzen und allgemeinen Zügen die Umrisse eines an allem Guten unendlich reichen Lebens, und in den unscheinbaren Rahmen drängt sich eine solche Fülle der unermüdlichen Thätigkeit und des nie rastenden Pflichteifers zusammen, dass schon vor 15 Jahren von ihm behauptet werden konnte, wie er „nicht blos der Seelenfreund seiner unglücklichen Pleglinge, sondern mittelst ihrer auch der ganzen Pfalz geworden sei“ [1]). *Dick* ist erst spät zur Psychiatrie gekommen, und er hat diesen Schritt wahrhaftig nicht leichten Herzens gethan. Als die Aufforderung an ihn herantrat die Direction der neu zu erbauenden pfälzischen Irrenanstalt zu übernehmen, war er kein Jüngling mehr.

Er hatte schon längst eine gesicherte Lebensstellung, er hatte Praxis, Frau und Kinder. Aber nachdem er sich nach ernster Prüfung einmal entschlossen hatte, dieser Zukunft entgegenzugehen, da ergriff er die neue Sache mit dem jugendlichen Feuer, welches ihm geblieben ist bis an's Ende seines Lebens, zugleich aber auch mit dem ganzen Ernste und der Kraft des gereiften Mannes, und was er unternommen, das hat er in jahrelanger und gewiss oft recht schwerer Selbstverläugnung ausgeführt. Denn es galt zunächst seine junge Praxis, seine Familienverhältnisse und seine Selbstständigkeit aufzugeben, und jahrelang in den Irrenanstalten umherzuziehen, um von Neuem zu lernen und sich zu der zukünftigen Lebensstellung vorzubereiten.

Er hatte nämlich einen zweijährigen Urlaub erhalten, mit dem Auftrage in 3 Irrenanstalten je 6 Monate als Assistenzarzt zu verweilen und die letzten 6 Monate auf eine Reise in Deutschland, Belgien und Frankreich zu verwenden. Und so sehen wir ihn denn vom Frühjahr 1853 an auf seinen Wanderzügen durch die Irren- und Krankenhäuser der verschiedenen Länder.

In Irrsee, Erlangen und Siegburg weilte er je ein halbes Jahr und bildete sich dort unter der Leitung von *Hagen*, *Solbrig* und *Jakobi* zum praktischen Irrenarzte aus.

In diese Zeit fällt ein Zug, der zu bezeichnend für das Selbstlose seines Wesens ist, als dass ich ihn hier übergehen dürfte.

---

[1]) *Heine*, Eröffnungsrede zum 25j. Jubiläum d. V. d. pfälz. Aerzte. 1864.



Als er aus England, wohin er seine Reise ausgedehnt, zurückkehrte und im Begriffe stand sich nach Frankreich zu begeben, erreichte ihn ein Brief *Jakobi's*, der ihn dringend bat, sofort nach Siegburg zu kommen, wo es besonderer Verhältnisse halber an ärztlicher Hülfe mangelte. Und ohne Zögern unterbrach er seine Reise und half in Siegburg während der ersten Monate des Jahres 1855 und so lange als Assistenzarzt aus, bis das Bedürfniss auf andere Weise gedeckt war.

Und dieser Fall steht nicht vereinzelt in seinem Leben.

Denn schon bald nach Beginn seiner praktischen Laufbahn, im Januar 1840, erkrankte sein Vater. Und sofort verlässt der Sohn die junge aufblühende Praxis in Landstuhl und widmete sich in Frankenthal der anstrengenden Pflege des an einem schweren Herzfehler leidenden Greises bis zu dessen Tode, der erst nach Jahresfrist erfolgte.

Endlich, nach mehr als zweijähriger Abwesenheit kehrte er im Juli 1855 in die Pfalz und zu seiner Familie zurück. Als Frucht dieser Reisen erschienen im Jahre 1856 die „Reiseskizzen, über das non-restraint-System in englischen und die Beseitigung der Zellen in französischen Irrenanstalten" [1]).

Begreiflicher Weise mussten ihn diese Fragen sehr interessiren und um hierin möglichst klar zu sehen, suchte er die Belehrung an der Quelle auf.

Diese Reiseskizzen nun sind mit einer ganz überraschenden Sachkenntniss und Einsicht geschrieben, und enthalten so ziemlich alles, was sich selbst heute über diesen Gegenstand sagen lässt.

Zugleich aber geben sie uns ein getreues Bild des Mannes, der sie geschrieben, ebenso ehrlich und unpartheiisch, wie milde in seinem Urtheil und rücksichtsvoll in dem, was er sagt.

Wir besitzen aus jener Zeit ein Urtheil über ihn, und ich kann es mir nicht versagen, dasselbe hier anzuführen.

Dr. *Dapping* äussert sich in einem Vortrage, den er vor dem versammelten Landrathe der Pfalz im Spätjahre 1852 über die zu erbauende Anstalt hielt, wie folgt: „*Dick* verbindet nach dem übereinstimmenden Urtheile sämmtlicher Collegen bei sehr gründlichen und umfassenden ärztlichen Kenntnissen ein klares Urtheil und am Krankenbette ein höchst glückliches Auffassungsvermögen des gegebenen Falles. Das Zutrauen der Kranken aber weiss er sich in ausgezeichnetem Grade zu erwerben und zu erhalten durch sein ebenso ernst gemessenes als freundliches Auftreten als Arzt, so dass ich denselben nach allen Seiten seiner Intelligenz, seiner Kenntnisse und seines Charakters für einen ausgezeichnet tüchtigen Irrenarzt halte.

Zwar hänge er an ihm, fährt *Dapping* fort, mit fast väterlicher Liebe, aber diese Liebe sei ihm erwachsen, nachdem er in immer nahen Beziehungen zu ihm seine Kenntnisse, seinen klaren Verstand, seine hellen Ur-

[1]) Allgem. Zeitschrift für Psych. 13. Band.



theile, die Liebe für seinen Stand und seine gründliche Verachtung alles Schlechten und Unmoralischen kennen gelernt.

Dapping schliesst mit der prophetischen Aeusserung, „dass er überzeugt sei, er wird von jenem Gehalte sein, mit dem er in ausgezeichneter Weise seine Stelle ausfüllen wird und dessen Name einst, ich wage es hier feierlich und öffentlich zu behaupten, mit der Anstalt Klingenmünster sich identificiren wird."

Und diese Vorhersage hat sich im vollsten Maasse bestätigt.

Dick's Name hat sich in der That mit der Anstalt Klingenmünster identificirt, und es wird mir und unzähligen Anderen unendlich schwer werden, sich die eine ohne den anderen vorzustellen.

Aber nicht am wenigstens schwer wird dies der Anstalt selbst sein.

Denn *Dick* war ein vorzüglicher Mensch und ein vortrefflicher Director, und er war beides in so hohem Grade, dass ein Theil seines Geistes auf seine Umgebung überging und er der ganzen Anstalt seine Eigenart aufprägen konnte.

Unter den vielen vortrefflichen Anstalten unseres Vaterlandes kenne ich doch keine, wo ich mich so angeheimelt fühlte, als in Klingenmünster. Hier war alles so natürlich und ungekünstelt, dass das Gefühl der Verehrung und Achtung für den Mann, der alles das geschaffen, nie lebendiger wurde, als wenn man ihn in der Mitte seiner Kranken sah, nie tiefer aber auch das Bewusstsein, wie schwer es sei, es ihm hierin gleich zu thun.

Die Natur hatte ihm das Geschenk eines tiefen Gemüthes und eines glücklichen, heiteren Temperamentes in seine Wiege gelegt, und durch eine strenge und unablässige Selbsterziehung, die er bis in seine letzten Jahre fortsetzte, suchte er das zu verbessern, was seiner Ansicht nach an ihm der Verbesserung fähig war. Vor allem aber war es seine grosse natürliche Anlage zum Humor, die ihn zum Freunde und Helfer aller Leidenden machte.

Diesem Humor ging er förmlich nach, er suchte ihn bei seinen Kranken auf und konnte sich kindlich freuen, wenn er ihn endlich entdeckt hatte. Ein solcher Kranker hatte sich dadurch einen festen Platz in seinem Herzen erworben, er durfte sich schon ungestraft einiges erlauben und manches wurde ihm nachgesehen um dieses Humors willen.

Und wollte es ihm trotz aller Mühe nicht gelingen einem Kranken die heitere Seite abzugewinnen, und konnte sich sein Gemüth demselben gegenüber nicht erwärmen, dann trat die Selbsterziehung in ihre Rechte, und der Fall erregte erst recht sein Interesse als Prüfstein des eigenen Könnens in Geduld und Selbstüberwindung. Ja, in dieser Beziehung konnte man viel von ihm lernen, und wenn man auch manchmal den Kopf schütteln mochte über die langen Krankenberichte und wie er sich das alles zurecht legte, staunen musste man doch wie er jedem, und selbst dem unleidlichsten Kranken endlich eine gute Seite abgewann, und wenn es auch nur die war, dass er selber noch etwas davon lernen konnte. Alles dies kam seinen

Kranken zu Gute, und ich kann mir ganz gut denken, warum sie mit solcher Liebe an der Anstalt und ihrem Director hingen. Erging es uns anderen doch auch nicht anders. *Dick* war zur Freundschaft geschaffen. Noch am 9. Febr. d. J. schrieb er mir: „Mir schmeckt kein guter Tropfen, kein Zug aus einer Cigarre, wenn ich's nicht gemeinschaftlich machen kann, es nicht ein Freund mit mir theilt."

Und so war es in der That, er war eine dem Egoismus überall abgewandte Natur.

Und wie selbstlos hing er an seinen Freunden, wie glücklich konnte er sich darüber äussern, dass er von jeher so reich an Freundschaft gewesen, und wie sehr sein Leben durch dieselbe erheitert und verschönert worden sei.

Aber war das ein Wunder?

Wen er gern leiden mochte, der verschönerte und verbesserte sich unter seinen Händen, und ein glücklicher, liebenswürdiger Optimismus verlieh ihm in seinen Augen einen höheren Werth.

Was Wunder also, dass auch wir mit solcher Liebe an ihm hingen.

Das Bild wäre nicht vollständig, würde ich nicht der Familienverhältnisse kurz gedenken. Sie entsprechen durchaus dem patriarchalischen Charakter des Ganzen, und vollenden eine Idylle, die in ihrer beneidenswerthen Harmonie bis zum Tode währte.

Dick hatte im Jahre 1842 geheirathet, und seine Frau hatte ihm vier Töchter und einen Sohn geschenkt. Zwar wurde ihm der letztere, seine Freude, sein Stolz und seine Hoffnung für die Zukunft im 17. Lebensjahre durch den Tod entrissen, aber später erlebte er die Freude, dass ihm sein Schwiegersohn als zweiter Arzt hülfreich zur Hand ging, und es war ein schöner Familienkreis, der sich in den freundlichen, von Blumen belebten Zimmern der Directorwohnung zu Klingenmünster zusammenfand.

So war der Mann, der jetzt von uns geschieden ist. Die letzten Jahre seines wirkungsreichen Lebens wurden ihm oft durch asthmatische und Herzbeschwerden getrübt und hinderten ihn besonders in der freien Körperbewegung.

„Bin ich doch ein armer Kerl," so schreibt er mir, „mit dem dummen Athembeschwerden, die mich an sich nicht einmal so genirten, wenn sie mich nicht auch sonst so herunterbrächten; es will nichts vorwärts, der frühere freudige Arbeitsgeist, der fördernde, ist gar nicht mehr in Sicht zu kriegen. Ueber meine asthmatischen Geschichten hätte ich eigentlich nicht sonderlich zu klagen, es geht mir ganz leidlich, besser als im vorigen Winter. Doch habe ich, merkwürdig, seit October die 4 Wände meines Hauses nicht mehr verlassen, und meine gute Frau sagt, dass während der Nacht das Schlafzimmer eine Art südlicher klimatischer Curorts-Temperatur hat. So schlage ich mich durch als ehrlicher Wintergast in den eigenen Räumen."

So schrieb er noch am 9. Februar und am Abend des 22 war er eine

Leiche. Kurz vorher hatte er noch am Familientische gesessen und heiter geplaudert.

Am vorhergehenden Tage hatte er wie gewöhnlich seine Visite gemacht, und an demselben Tage bis nach 8 Uhr auf seinem Büreau gearbeitet.

Nach 9 Uhr legte er sich zu Bett und freute sich auf die „ihm nöthige gute Nacht".

Kurz darauf bekam er einen Erstickungsanfall und starb in den Armen seiner Angehörigen. Die Lähmung des hypertrophirten und fettig entarteten Herzens hatte seinem Leben ein rasches Ende gemacht. Er starb wie er gelebt, getreu seiner Pflicht bis zum letzten Athemzuge, wie ein Soldat auf seinem Posten.

Ich weiss einen Kirchhof am Saume des Waldes, so still und einsam wie kaum ein anderer. Nur das Sausen und Brausen des Windes in den hohen dunkeln Tannen und sonst kein Laut.

Dort schläft auch ein solcher Ritter vom Geist seinen letzten Schlaf, einer von jenen, denen Aufopferung und Nächstenliebe keine leeren Worte waren. Und die Worte, welche jene Grabstätte schmücken, möchte ich auch unserem Todten auf sein Grab setzen, da sie das innerste Wesen seines Handelns bezeichnen wie nichts anderes, transiit bene faciendo.

Pelman.

Nochmals das Bewusstsein, an Herrn Koch aus Zwiefalten adressirt [1]. — Der Leser dieser Zeitschrift wird sich erinnern, dass ich in einem Vortrage „Ueber das Bewusstsein" (35. Bd. S. 599) bemüht gewesen bin, den heutigen Standpunkt unserer Kenntnisse über psychische Vorgänge in möglichst kurzer Zusammenfassung wiederzugeben. Und da ich als Arzt mich an ein Publicum von Aerzten wandte, hielt ich eine Erörterung über das, was zu einem Verständniss des Psychischen erstrebenswerth wäre und unter Verständniss allein verstanden werden könnte, dass nämlich directe, greifbare Beziehungen zwischen dem Psychischen und seinem materiellen Organe, dem Gehirn, festgestellt würden, für überflüssig und Zeit- und Raumverschwendung. Nur soweit das Psychische mit einem anatomischen, räumlichen Substrat direct vergleichbar, substantiirbar, mit ihm commensurabel war, konnte es als Annäherung zu einer wirklichen Erkenntniss für uns in Betracht kommen, und darauf habe ich mich, soviel ich weiss, auch stricte beschränkt.

Ich erinnere kurz an den Inhalt meines Vortrages und komme damit auf die von Herrn *Koch* gemachten Einwendungen. In den Erinnerungsbildern hatten wir die einzigen commensurablen Grössen des Gehirns kennen

---

[1]) Der nachstehende Aufsatz war als Theil einer grösseren Arbeit bestimmt, die aber aus äusseren Gründen nicht fertig gestellt werden konnte, daher das späte Erscheinen.

gelernt. Diese werden uns in bestimmten festen Gruppirungen von der Aussenwelt geliefert, sind also auch in der Hirnrinde zu — nur functionellen — Gruppen, den Begriffen associirt, somit sind auch die Begriffe einer räumlichen, anatomischen Anschauung zugänglich gemacht. Die Summe der Erinnerungsbilder — auf den Raum übertragen die ganze Hirnrinde — nannte ich Bewusstsein und hatte damit einem psychischen Dinge, dass sich genau definiren liess, eine räumliche und anatomische Unterlage gewonnen. Nun war mir das Missliche, das in einer solchen Benennung liegt, nicht entgangen. Da die geistigen Vorgänge bisher nie in eine bestimmtere Beziehung zu dem Gehirn gebracht worden waren, sondern den Gegenstand einer eigenen Disciplin der Philosophie gebildet hatten, so war nicht zu erwarten, dass die von der Philosophie aufgestellten Begriffe sich mit den aus den Eigenschaften des Gehirns abgeleiteten decken würden. Man musste daher, wo ein Ausdruck für geistige Eigenschaften, Zustände oder Vorgänge gebraucht wurde, den Sinn desselben möglichst genau feststellen, aber die Ausdrucksweise der Philosophie liess sich nicht überall vermeiden, weil sie zugleich einen unentbehrlichen Theil unseres deutschen Sprachschatzes ausmacht. So stand es auch mit dem Ausdruck Bewusstsein; durch den Sprachgebrauch schien er mir gerechtfertigt, als philosophischer Terminus vielleicht angreifbar. Ich hielt es daher am Eingang meiner Arbeit für erforderlich, mich ausdrücklich gegen eine philosophische Behandlung und Terminologie in solchen Dingen zu verwahren, ohne deswegen den „philosophischen Untergrund" einer jeden Untersuchung für überflüssig zu halten. Ich vermuthe, dass Herr *Koch* damit die Beobachtung der Logik meint, sehe aber nicht recht ein, warum man dies „philosophischen Untergrund" nennen soll, und möchte ferner hervorheben, dass man in keiner anderen naturwissenschaftlichen Disciplin daran denkt, über den „philosophischen Untergrund" ein Wort zu verlieren. Dass der naturwissenschaftliche Forscher bei seiner Untersuchung logisch zu Werke geht, wird einfach vorausgesetzt und kann bei jedem Schritte vorwärts geprüft werden. Nur Philosophen und Psychiater haben immer geglaubt, mit Abhandlungen über die Wirklichkeit der Dinge beginnen zu müssen. Dies war der klare Sinn meiner Verwahrung. Wenn man nun aber streng logisch zu Werke geht, warum soll man dann nicht „auf eine kleinere oder grössere Thatsache sofort womöglich ein ganzes System der Weltanschuung gründen"? (S. 599.) Mir ist von solcher Gründung nichts erinnerlich, doch würde ich mir wirklich kein Gewissen daraus machen. Systeme der Weltanschauung, die sich auf Thatsachen stützen, sind noch nicht so oft gemacht worden und scheinen mir doch vor anderen den Vorzug zu verdienen. Aber freilich, man muss auch „nur das Thatsächliche in einer Thatsache als solche bezeichnen, keinerlei Hypothese und vorgefasste philosophische Anschauung gelegentlich dabei auch als Thatsache mit verzollen, sondern soweit die angebliche Thatsache Hypothetisches einschliesst, letzteres auch als solches erkennen und bezeichnen" — S. 600 und „Man forsche, wie man will, immer

ist dies nachdrücklich zu verlangen, dass, was man als psychologische Thatsache ausgiebt, auch wirklich eine solche sei und nicht eine halbe oder ganze Hypothese involvire" — S. 601. Herr *Koch* beweist dann durch Citate aus meinem oben erwähnten Aufsatze, dass ich in diesen Fehler verfallen bin, indem ich von Leistungen, von Functionen, von Bestandtheilen, von der Zusammensetzung des Bewusstseins rede. Merkwürdiger Weise will er dennoch „seine Erörterungen in keiner Weise an eine persönliche Adresse gewendet haben", sondern gegen eine Auffassung ankämpfen, „welche auch sonst mehrfach ausgesprochen wird" — S. 601. Wo bleibt da der philosophische Untergrund? Sollte ich das, was ich sage, nicht selbst zu vertreten haben, deswegen weil Andere es auch sagen? Warum citirt denn Herr *Koch* gerade meine Worte? Herr *Koch* scheint nicht zu wissen, dass es gerade bei Angriffen Sitte ist, sich an eine bestimmte Adresse zu wenden. Es wäre dies in diesem Falle um so richtiger gewesen, als ich bestreiten muss, dass sich dieselbe Auffassung auch sonst mehrfach ausgesprochen findet. Sie ist vielmehr eine directe Ableitung meiner Theorie der Aphasie [1]) und in der citirten Abhandlung implicite enthalten. Ihre Verbreitung kann nur der allgemeinen Theilnahme entstammen, mit welcher diese Abhandlung ihrer Zeit von den Collegen aufgenommen worden ist [2]). Also muss ich mich der Vorwürfe, die Herr *Koch* hier erhebt, schon annehmen, um den Schein zu vermeiden, als verleugnete ich mein geistiges Eigenthum.

Herr *Koch* macht mir, kurz gesagt, zur Begründung seines allgemeinen Vorwurfes den specielleren, dass ich das Wort Bewusstsein in einem Sinne gebraucht habe, durch welchen eine dualistische Auffassung, ehe ihre Richtigkeit bewiesen sei, als ausgemachte Wahrheit in die Literatur eingeführt werde. Er selbst vermuthet zwar (S. 602), dass meine Abhandlung weit entfernt sei, irgend eine dualistische Auffassung einführen zu wollen, „es könnten aber die genannten Consequenzen aus ihren Worten gezogen werden, was dann, wenn sie nämlich eine solche Auffassung nicht vertreten will, die schlimmsten Bedenken bezüglich der Richtigkeit ihrer Aufstellungen erweckt." Er knüpft daran die Mahnung: „Jedenfalls muss man in psychologischen Erörterungen mit peinlicher Vorsicht im Gebrauche des Worts zu Werke gehen." Dies ist es also; Herr *Koch* meint, man könne das Wort

[1]) Der aphasische Symptomencomplex, Breslau 1874.

[2]) Vorher hat nur *Meynert* in fast divinatorischer Weise die allgemeinen Umrisse dieser Auffassung vorgezeichnet. Ich habe diesen Umstand schon in der betr. Arbeit nachdrücklich hervorgehoben und verweise namentlich auf seinen Vortrag: „Mechanik des Gehirnbaues", welcher mir freilich erst nach meiner Publication bekannt geworden ist. In der erfolgreichen Anwendung auf den speciellen Fall der Aphasie lag aber der erste stringente Beweis für ihre Richtigkeit und practische Anwendbarkeit. Fernere Beweise sind erst später durch die Experimente von *Munk* beigebracht worden

Bewusstsein nur in dem Sinne gebrauchen, den er für richtig hält, nämlich zur Bezeichnung eines bestimmten psychischen Vorgangs. Wie kommt er nun aber zu seiner so sehr begründeten Vermuthung, dass ich durchaus nichts Dualistisches, und ich kann hinzufügen, auch nichts Monistisches von dem ganzen philosophischen Kram beabsichtigt habe? Sehr einfach, weil in meinem Aufsatz dasjenige, was ich Bewusstsein genannt habe, ganz genau angegeben und so zu sagen vor dem Auge des Lesers construirt wird. Wie kann man deutlicher sagen, was man unter einem bestimmten Dinge versteht, als wenn man dieses Ding vor Aller Augen aus seinen Bestandtheilen aufbaut? Auf den Namen kommt es ja dann wenig an, und wüsste ich einen angemesseneren, so würde ich ihn mit Freuden acceptiren, schon um des Streites über Worte enthoben zu sein. Das Bewusstsein ist also, um es Herrn *Koch* noch einmal zu sagen, für mich wirklich gleich der Summe seiner Bestandtheile oder seines Inhalts, d. h. gleich der Summe aller in der Grosshirnrinde deponirten Erinnerungsbilder. Die Grosshirnrinde ist der Ort, das anatomische Substrat, das Organ des Bewusstseins, und die mir vorgeworfenen Ausdrücke: Leistung, Thätigkeit, Function des Bewusstseins können meinetwegen in Leistung, Thätigkeit, Function dieses Organes übersetzt werden, wenn wirklich eine so peinliche Vorsicht im Gebrauche des Wortes geboten sein sollte.

So viel, um hinsichtlich der Sache die vermuthlichen Zweifel des Herrn *Koch* zu beruhigen. Was den Gebrauch des Wortes anlangt, so war ich durch die Sicherheit seiner Behauptungen eingeschüchtert und bereit, mein Unrecht einzugestehen. Die Verlegenheit um ein passendes Wort hatte mich ohne Zweifel verleitet, dem Sprachgebrauch Zwang anzuthun. Man denke sich nun mein Erstaunen, als ich in einem als vortrefflich anerkannten, competenten Buche, dem Lehrbuch der Psychologie von *Waitz* (Braunschweig 1849) S. 63 folgende Sätze fand: „Diesem Sprachgebrauch des gewöhnlichen Lebens gemäss ist das Bewusstsein selbst ein Platz, wie das Sensorium der Physiologen, auf welchem die inneren Vorgänge sich ereignen ..... Von einer anderen Seite jedoch erscheint das Bewusstsein nicht sowohl als ein solcher mit psychischen Ereignissen erfüllter Raum, sondern vielmehr selbst als ein psychisches Ereigniss, das alle übrigen begleitet" und etwas weiter: „nämlich im Bewusstsein, dasselbe in der zuerst angeführten Bedeutung genommen, in welcher es den Ort und Platz bezeichnet, wo alle psychischen Vorgänge sich ereignen sollen." Ich kann nichts weiter thun, als Herrn *Koch* die Lectüre des genannten Buches zu empfehlen und das Uebrige dem Urtheil des Lesers zu überlassen.

Dr. *C. Wernicke*,
Privatdocent in Berlin.

Erklärung [1]). — Nachdem ich meiner Abhandlung „Noch ein Wort über das Bewusstsein" (A. Z. f. Psych. 35. Bd.) die ausdrückliche Versicherung vorausgeschickt habe (S. 601): „Selbstverständlich liegt es mir fern, für meine Auffassung Irrthumsunmöglichkeit in Anspruch zu nehmen; es soll ja nur Satz gegen Satz dem Urtheil der Wissenschaft unterbreitet werden", so würde es mir als inconsequent erscheinen, wollte ich mit Dr. *Wernicke* in eine von ihm im Tone persönlicher Gereiztheit geführte Discussion eintreten, zumal ich sachlich weder dem wirklichen Context meiner Abhandlung etwas hinzuzufügen, noch etwas davon zurückzunehmen habe.

Director Dr. *Koch.*

Ueber die nächtliche Epilepsie und ihr Verhältniss zum Somnambulismus [2]). Von *M. G. Echeverria* M. D. (früherem Chef-Arzte des Hospitals für Epileptische und Paralytische und der städt. Irrenanstalt zu New-York).

Es giebt nur wenige von uns zu lösende Aufgaben, welche wichtiger wären als der Nachweis, dass die durch nächtliche Epilepsie bedingten bösen Neigungen und verbrecherischen Handlungen irrsinniger Natur sind. Wenn ein Mensch periodisch des Nachts aus dem Schlafe aufschreckt, sich verwirrt und im höchsten Grade beängstigt zeigt, dann aber diese Erscheinungen plötzlich wieder schwinden; oder wenn man einen bis dahin ganz gesunden Menschen eines Morgens irrsinnig oder zu unproducirten Gewaltthaten geneigt findet, so kann man mit Bestimmtheit annehmen, dass er fallsüchtig und nicht verantwortlich ist für das, was er verbrochen.

Schreckenerregende Träume und Somnambulismus, welche meistens bei Personen von sehr reizbarer Gemüthsbeschaffenheit vorkommen, beweisen, wenn man genauer zusieht, die beginnende Entwickelung geistiger Erkrankung. Obgleich diese beiden nächtlichen Erscheinungen Vorboten des Irrsinns sind, so tritt dieser selbst doch nicht, wie Epilepsie, gleich nach oder während des Schlafes ein, sondern wird im Gegentheil durch hartnäckige, quälende Schlaflosigkeit eingeleitet. Ja das Auftreten eines heftigen Paroxysmus während des Schlafes der Nacht ist eines der sichersten, nur der epileptischen Neurose eigenen Kennzeichen.

Bewusstlosigkeit, Convulsionen und gestörte Geistesthätigkeit sind die Hauptelemente der Epilepsie. Ragt eines oder mehrere derselben besonders hervor, so bekommt der Anfall dadurch seinen besonderen Charakter. Es ist bekannt, dass sehr heftige Krampfanfälle selten von Irrsinn begleitet sind, dass dagegen die Grösse der impulsiven Gewaltthätigkeiten und der blinden Wuth in krassem Gegensatze stehen zu den sie bedingenden gei-

---

[1]) Nachdem die Zeitschrift Gelegenheit gegeben hat, Erwiderung und Gegen-Erwiderung zu bringen, dürfte dieser Gegenstand für dieselbe erledigt sein. Red.

[2]) Aus J. of ment. sc. Jan. 1879 übersetzt.

stigen Störungen, mit stillem, nach innen gerichtetem Wesen. Ausserdem nimmt in diesen nicht seltenen psychischen Paroxysmen, welche zuweilen mehrere Tage dauern, die charakteristische Bewusstlosigkeit in ganz ausgesprochener Weise denselben Charakter an, den sie während des Somnambulismus zeigt, wo zwar Geistes- und Sinnesthätigkeit existiren, aber ohne dem Kranken bewusst zu werden.

Nächtliche Fallsucht entspringt, soweit meine Ermittelung reicht, in den meisten Fällen aus bestimmten, ihrem Ursprung nach gleichartigen Ursachen. Von 783 Fallsüchtigen litten 111 an nächtlichen Anfällen; bei 78 dieser Fälle, d. i. bei 75 % [1]), waren die Zufälle für kürzere oder längere Zeit unmittelbar mit unverkennbarer geistiger Störung verbunden. Mehr als ein Drittel der irren Epileptiker hatten nächtliche Anfälle. Von den eben erwähnten 783 Patienten waren 267 irrsinnig; bei 78 von diesen traten die Anfälle theils nur Nachts, theils sowohl Nachts wie bei Tage auf.

Als Krankheitsursachen wurden verzeichnet: Erbliche Prädisposition 25. Kopfwunden 16. Störung der Menstruation 4. Schwangerschaft 1. Trunksucht 9. Syphilis 7. Sonnenstich 3. Gemüthsdruck 3. Schreck 1. Uebermässige körperliche Strafe 1. Summa 70 [2]) Fälle. Unbekannte Ursachen 31.

Geschlecht der Patienten: 42 männliche und 69 weibliche; die verschiedenen Altersklassen: Kinder 19. Heranwachsende 36. Erwachsene 56; hiernach scheint das weibliche Geschlecht mehr zur nächtlichen Epilepsie geneigt, als das männliche.

Die vorhergehende Darlegung ergiebt nach Ausschluss der 4 Menstruationsstörungen und der 1 Schwangerschaft 75 Fallsüchtige, deren nächtliche Anfälle von Störungen der Gehirnthätigkeit herrührten, nämlich: Erbliche Prädisposition, Kopfwunden, Syphilis, Trunksucht, Sonnenstich, Gemüthsdruck, Schreck, übermässige körperliche Strafe. Auf der anderen Seite waren 92 sämmtlicher Patienten Anfällen von petit mal unterworfen wie: Schwindel, Zerstreutheit, Ohnmachten oder unangenehmes Gefühl im Kopfe während des Tages; die anderen Patienten waren dauernd irr. Rechtfertigen diese Thatsachen nicht den Schluss, dass die nächtlichen und geistigen Anfälle, mögen sie als Schwindel, als petit mal oder als Irrsinn erscheinen, aus ein und derselben Wurzel entspringen, da dasselbe encephale Agens den Ausbruch sowohl des einen, wie des anderen bewirkte. Diese besondere Eigenthümlichkeit erklärt ferner den nachtheiligen Einfluss der nächtlichen Anfälle auf die Geistesthätigkeit. Ihre innige Beziehung zu den cerebralen Störungen ist wieder von grosser klinischer Bedeutung und veranlasst mich zu glauben, dass die nächtlichen Anfälle pathognomische Kennzeichen der wahren Epi-

---

[1]) Muss heissen 70,21 %.

[2]) Im Texte steht „180“, soll wohl heissen „80“, hier aber nur „70“. Ich konnte den Fehler nicht corrigiren, da Dr. *Echeverria*'s augenblicklicher Aufenthalt, wahrscheinlich in Paris, nicht zu ermitteln war.

Anm. d. Uebers.

lepsie sind, einer Krankheit, die durch ärztliche Behandlung wohl unterdrückt, aber bis jetzt nur in seltenen Fällen geheilt worden ist. Das Vorkommen der Schwangerschaft als Ursache der nächtlichen Zufälle beweist den Einfluss derselben auf die Entwickelung der Fallsucht und ist auch in anderer Hinsicht noch bemerkenswerth.

Eine 35 Jahre alte, mässig lebende Frau, deren Eltern frei von jeder nervösen Krankheit waren, bekam epileptische Zufälle, als sie ihr erstes Kind trug. Sie gebar einen gesunden Knaben, der auch gesund aufwuchs. Convulsive Paroxysmen erschienen bei jedesmaliger Schwangerschaft wieder, nie zu anderer Zeit, auch nicht während der Wehen; aber Krämpfe und maniakalische Erregtheit traten gleich nach der Geburt auf. Ihre 6 Kinder sind mit Ausnahme des ersten alle fallsüchtig. Die Zufälle kommen während der Nacht, ein oder zwei Mal wöchentlich und zeigen sich gleich beim Anfang der Schwangerschaft. Sie erwacht aus dem Schlaf mit der Empfindung einer über den ganzen Körper sich erstreckenden Aura, welche von Zuckungen der Zunge begleitet ist. Meist hat sie bis zum Ausbruch der Krämpfe nicht Zeit zu sprechen. Sie wird bewusstlos, Schaum tritt vor den Mund, sie beisst ihre Zunge. Ihr Geist ist gestört, sie ist stumpfsinnig. Die nächtlichen Anfälle wechseln mit Ausbrüchen von Manie, während denen sie schweigsam und zu Selbstmord geneigt ist. Sprache und Gehör sind normal, der Blick ist trübe, die Sensibilität des rechten Arms und der rechten Hand vermindert. Paralyse ist nicht vorhanden. Die Extremitäten sind beständig kalt; Ausdünstung mangelhaft; Puls 64, langsam und schwach; während der Zufälle steigt er bis auf 88. Herz und Lungen sind gesund. Appetit gering; hartnäckige Verstopfung; Urin sauer, ohne Eiweiss oder Zucker. Die Untersuchung mit dem Speculum ergab nichts Abnormes, auch fehlte jede Ulceration am Uterus, obgleich Patientin früher bei ihrer Periode über grossen Blutverlust klagte. Die Frau wurde genau beobachtet; aber im 7. Monate ihrer Schwangerschaft verliess sie im September 1867 das Hospital, um nach Philadelphia zurückzukehren, wo ihre Eltern wohnten. Bromkali wirkte nicht bemerkbar. Ueber den weiteren Verlauf der Krankheit, wie über den Gesundheitszustand und die Familiengeschichte ihres Mannes konnte ich nichts erfahren.

Ich werde nicht von meinem Gegenstande abweichen, um auf die einzelnen Symptome des vorliegenden Falles näher einzugehen. In Kürze will ich nur bemerken, dass, was auch die ursprüngliche Ursache der nächtlichen Unfälle, welche das Gehirn so sehr afficirten, gewesen sein mag, sie wirkte auf die Mutter in ihrer ersten Schwangerschaft ohne den Fötus zu erreichen, und hinterliess eine Prädisposition, die bei jeder nachherigen Schwangerschaft das Kind afficirte. Das Geschlecht des Kindes hatte keinen besonderen Einfluss auf die Anfälle, wie es in den von *van Swieten* und *Lamotte* erzählten Beispielen der Fall war.

Ueber folgenden von *Maury* mitgetheilten interessanten Fall
Leser sein eigenes Urtheil bilden.

Eine schwangere Frau wurde von Müdigkeit überwältigt. Sie schlief ein und lief eine Stunde nachher in grosser Verwirrung aus dem Hause, kletterte mit überraschender Gewandtheit vorsichtig auf den horizontalen Ast eines grossen Kastanienbaumes, legte sich nieder und schlief laut schnarchend weiter. Man musste sie mit Stricken aus ihrer gefährlichen Situation hinunter lassen. Als sie darauf erwachte, stiess sie einen durchdringenden Schrei aus und weinte heftig [1]). Der Zeitungsbericht, welchem *Maury* diese Mittheilung entnommen, sagte nicht, ob dies der erste Anfall war, den die Frau hatte, oder nicht. Wir können daher nicht entscheiden, ob es sich hier, wie *Maury* meint, um Somnambulismus handelt oder nicht.

Von diesem Auszuge aus den entscheidenden Ursachen der nächtlichen Anfälle gehe ich nun zu weiteren einleitenden Bemerkungen über den Somnambulismus über, so weit dieselben für eine correcte Unterscheidung gewisser Formen der nächtlichen Epilepsie erforderlich sind. Ich werde hier nur das erwähnen, was zur Unterscheidung dieser beiden Geisteszustände nöthig ist, da es mir unmöglich wäre, unsere Kenntniss aller interessanten Phasen, die der Somnambulismus darbietet, in diese wenigen Bemerkungen zusammenzufassen.

Ohne mich auf physiologische Erörterungen einzulassen, erkenne ich als Thatsache an, dass der auf natürliche Weise eintretende Schlaf den Puls vermindert und die Circulation und Temperatur in den peripherischen Körpertheilen herabsetzt. Wenn durch diese Stille die ganze active Circulation nachlässt und schliesslich zur Ruhe gelangt, so theilt das Gehirn diese Ruhe nicht nur, sondern es ersetzt seinen Verbrauch im Schlafe wieder. Vorausgesetzt, dass kein örtlicher Reiz das Gehirn erregt, so stören keine Träume seine Ruhe durch Wiederbelebung innerer Empfindungen, oder vielmehr durch die Erinnerung an die mannigfaltigen Eindrücke, welche früher durch die natürlichen Reflex-Vorgänge von den percipirenden Partien des Sensorium aufgenommen wurden. Solche plötzlich wieder belebten Erinnerungen rufen die zahllosen Ideen und Täuschungen hervor, welche mit den phantastischen Gebilden unserer Träume erworben sind. Je lebhafter die Eindrücke vergangener Bilder sind, namentlich derjenigen, welche währene des Einschlafens unseren Geist beschäftigen, desto wahrscheinlicher ist es, dass die letzteren hypnagogische Hallucinationen hervorrufen, und die ersteren die eigentliche Quelle unserer Träume werden. Aber in diesem durch den Schlaf hervorgebrachten besonders empfänglichen Zustande, sind die für das Leben des ganzen Nervensystems wesentlichen Gesetze der Reflexerregung nie in Unthätigkeit, und schlafend oder wachend vereinigt das Gehirn durch reflectorische und trophische Vorgänge die mannigfaltigen, von dem Gangliensystem auf das verlängerte Mark übertragenen latenten Gefühlseindrücke, welche jeder Art von Empfindung zu Grunde liegen; hierdurch gelangen wir zum eigentlichen Bewusstsein unserer Gefühle.

---

[1]) „Le sommeil et les rèves“, 4. édit. 1878, p. 212.

Die Sinnen- und Geistesthätigkeit wird durch den natürlichen Einfluss des allgemeinen Collapses während des Schlafes temporär aufgehoben; doch geht, wie schon bemerkt, in unseren Träumen von dem Gedächtnisse eine Anregung der intellectuellen Fähigkeiten aus mit ungeheurer Energie zu denken, ohne dass die Sinne daran Theil nehmen. Im Somnambulismus erlangen die Sinne, wie der Geist eine ausserordentliche Schärfe, obgleich sie allen äusseren Eindrücken unzugänglich sind, trotz des hohen vom Sensorium durch die Erinnerung an stattgehabte Eindrücke ausgehenden Erregungszustandes; oder um mich klarer auszudrücken, durch die organische Beschaffenheit im Sensorium (von *Luys* Phosphorescence genannt), welche durch endlose Verbindungen mit unseren Empfindungen, Gemüthsbewegungen und imaginären Vorstellungen verknüpft sind. Ich bemerke jedoch, dass in diesem Zustande die erhöhte, alle anderen psychischen Gegenwirkungen absorbirende Sinnesthätigkeit auf die inneren, in Thätigkeit gesetzten Eindrücke beschränkt bleibt, sowie auf die engbegrenzten äusseren Eindrücke, welche sich auf den vom Geiste erstrebten Gegenstand beziehen. Aus diesem Grunde vermeidet der Somnambule alles, was seinem Vorhaben hinderlich ist; aber da er keine Spontaneität besitzt, kann er nicht davon abweichen, es sei denn, dass er durch neue, darauf bezügliche Eindrücke angetrieben wird: kurz, er ist unfähig die geringsten äusseren Eindrücke aufzunehmen. Diese wichtige Thatsache sollte besonders in's Auge gefasst werden, da sie einen Unterschied zwischen Anfällen geistiger Epilepsie und Somnambulismus feststellt.

Mesnet [1]) erzählt von einem jungen Somnambulen, welcher sich während seiner Anfälle mit grossem Geschick eine Cigarette anfertigte und eine Zündhölzchenschachtel suchte, um sie anzuzünden. Wurde das Zündhölzchen ausgeblasen ehe es die Cigarette berührte und ihm ein anderes brennendes gereicht, so war es unmöglich, ihn zu bewegen, die Cigarette mit diesem anzuzünden. Er liess sich sogar seinen Schnurrbart verbrennen, ohne sich zu widersetzen; aber er sah und gebrauchte das Feuer, welches ihm auf diese Weise angeboten wurde, nicht.

Diese gänzliche Unfähigkeit, den von Anderen gereichten Gegenstand oder sogar ein Licht vor den Augen zu bemerken, sowie die Unempfindlichkeit gegen Schmerz, welche man gewöhnlich während des Somnambulismus wahrnimmt, sind Erscheinungen, besonders letztere, welche in auffallender Weise auch mit epileptischem Irrsinn verbunden sind. Ich habe häufig Fallsüchtige beobachtet, welche während ihrer maniakalischen Paroxysmen weder sahen noch hörten, für äussere Eindrücke, selbst für Verletzungen unempfindlich waren, oder den Verband von ihren Wunden rissen, ohne den geringsten Ausdruck von Schmerz zu zeigen. Anderseits erinnere ich mich keines Falles, in welchem bei Fallsüchtigen ein Anfall durch den heftigen Schmerz, den

1) De l'Automatism de la Mémoire et du Souvenir dans le Somnabulism pathologique, 1874, p. 22.



Wunden, Wehen oder Operationen verursachen, hervorgerufen worden wäre; deshalb betrachte ich die durch Schmerz verursachte Erregtheit und epileptische Anfälle als antagonistisch. Eng verbunden mit dieser Erscheinung ist die Thatsache, dass Wunden, welche sich Fallsüchtige beibringen, ohne schädliche Folgen verlaufen und im allgemeinen schnell ohne Eiterung heilen. Nur kachektische Epileptiker machen von dieser bemerkenswerthen Thatsache eine Ausnahme.

Claude Bernard's Experimente am Sympathicus beweisen, dass neuropathologische Hyperämie nicht nur keine Prädisposition zu trophischen Störungen hervorbringt, sondern den afficirten Theil gegen desorganisirende Einflüsse widerstandsfähiger macht, wobei die damit verbundenen Unpässlichkeiten schnell verschwinden. Das Gegentheil ist der Fall, wenn der ganze Organismus sehr entkräftenden Einflüssen ausgesetzt wird, oder die Versuchsthiere krank sind. Diese physiologischen Experimente erklären, ohne dass weitere Bemerkungen nöthig wären, die so eben erwähnte Eigenthümlichkeit und beweisen den wesentlichen Einfluss, welchen ich dem Sympathicus in der Pathogenie der epileptischen Neurose zuschreibe.

Die psychischen Symptome der Epilepsie und des Somnambulismus bieten noch weitere Aehnlichkeiten. Verbunden mit der unbewussten, automatischen Thätigkeit der Person und der Gefühllosigkeit gegen Schmerz findet sich in beiden Fällen vollständige Amnesie bezüglich alles dessen, was sich während des Paroxysmus zugetragen hat. *Maury* giebt eine sehr klare Darlegung dieser Erscheinung. „Die Concentration", sagt er, „ist so erhöht, das Absorbirtsein der Gedanken so gründlich, dass die Theile des Gehirns, welche an dem Vorstellen und Denken participiren, erschöpft werden, und wenn der Anfall zu Ende ist, hört ihre Thätigkeit auf anstatt fortzudauern, als ob sie plötzlich impotent geworden wären. Diese Erscheinung stimmt mit einer ähnlichen bei der Catalepsie überein, welche bekanntlich oft mit Extase und Somnambulismus verbunden ist; die Steigerung der Erregung oder der Gemüthsbewegungen bewirkt eine augenblickliche Stockung in dem Empfindungsapparat. Auf gleiche Weise veranlasst das übermässige Nachdenken und die Concentration des Denkens bei der Extase einen vollständigen Stillstand der Bewegungen, und daher kann Erinnerung, weil bedingt durch Fortdauer der Bewegung, nicht stattfinden. Der Somnambule vergisst, was er gethan hat, gerade weil die Intensität der geistigen Thätigkeit bis zum höchsten Grade gesteigert worden ist; der Geist ist so zu sagen trocken gelegt durch seinen Verkehr mit sich selbst [1]).

Diese Auffassung erklärt ferner, warum Träume, welche von Bewegung und Sprechen begleitet sind, beinahe immer aus unserem Gedächtniss verschwinden. Auch die nach einem epileptischen Zufalle vorhandene Amnesie findet dadurch ihre Erklärung.

Ich habe vorhin behauptet, dass Somnambulismus, wenn nicht ein Zeichen, doch gewöhnlich ein Vorbote des Irreseins ist und ich füge

---

[1]) Op. cit., p. 227.



jetzt hinzu, dass seine Anfälle immer durch Träume eingeleitet werden. Es ist bekannt, dass Träume in der Gestalt von Incubus oder Nachtwahn häufig die ersten Anfänge des Irrseins begleiten, und dass sie fortwährend den Schlaf der Fallsüchtigen stören. In den genau beobachteten Fällen ist es nicht allein leicht gewesen, die Verwandtschaft des Somnambulismus mit anderen Functionsstörungen des Nervensystems aufzufinden, sondern es ist auch die erbliche Prädisposition des Somnambulen zu nervösen Krankheiten erwiesen worden.

Ich glaube, dass in gewöhnlichen Träumen nur einzelne Theile der Rindenschicht des Gehirns überreizt sind; wenn die darauf folgende Excito-Reflexreaction auf die Medulla oblongata übertragen wird, so wird der Traum von Sprechen und Bewegung begleitet, und wenn die Erregung in einem krankhaft rastlosen Gehirn den höchsten Grad erreicht, so tritt Somnambulismus ein, da die Excito-Reflexreactionen des Sensoriums in jedem Falle aus inneren und subjectiven Eindrücken entspringen. Das Gebahren eines Somnambulen ist daher nicht direct und ursprünglich durch etwas Aeusseres begründet, und in dieser Hinsicht scheinen mir Dr. *Yellowlees'* Ansichten hinsichtlich *Fraser*'s Wahn, indem er seinen Fall ausser dem Bereich des Somnambulismus stellt, unvereinbar mit unserer Kenntniss des letzteren; denn Wahn ist sicherlich der Traum, welcher die sensorisch-motorischen Processe erregt, welche bei der besonderen Reihenfolge der von dem Somnambulen automatisch verrichteten Handlungen betheiligt sind. *Fraser*'s geistige Thätigkeit, obgleich, wie Dr. *Yellowlees* andeutet, unvereinbar mit Schlaf, war trotzdem eine unbewusst folgerechte Thätigkeit, in Uebereinstimmung mit den Wahnempfindungen, welche als Auswüchse einer krankhaften Gehirnthätigkeit durch vergangene Bilder in seinem erregten Gemüthe erzeugt wurden. Die durch solche Verwirrungen hervorgebrachten Functionsstörungen des Nervensystems erstrecken sich, wie *Mesnet* sehr richtig bemerkt, nicht allein auf die Sinnesorgane und die Thätigkeit des Intellects selbst, sondern sie steigern ausserdem die instinctiven Bestrebungen der Art, dass der wehrlose, der Vernunft und des Verstandes beraubte Mensch überwältigt und zu den bedaurenswürdigsten Verbrechen getrieben wird [1]).

Selbst in gewöhnlichen Träumen ist das phantastische Bild, durch welches sie entstehen, verändert, oder es modificirt sich durch die intervenirenden peripherischen sensoriellen Eindrücke. Dieser Einfluss der äusseren Eindrücke auf die Wahnvorstellungen wird ersichtlich durch folgendes einfache Experiment, welches *Despine* machte. Eine hysterische Somnambule sah die heilige Jungfrau während ihrer Zufälle. Diplopie, durch Druck auf die äussere Seite des Augapfels hervorgebracht, verursachte, dass das Mädchen zwei Visionen statt einer hatte [2]). Im Somnambulismus ist der Traum das Vorspiel zu der Scene, welche eintritt, wenn äussere Ein-

---

[1]) Op. cit. p. 29.

[2]) „Annales Médico-Psychologiques“, tome XVI. 1875. p. 336.

drücke die Hallucination gewissen Handlungen anpasst. Dieser einzig objective Theil bleibt mit der höchst trügerischen Grundlage in folgerechtem Zusammenhange, so lange kein äusserer oder innerer Eindruck das Gehirn zu anderen Handlungen veranlasst. Nichts zeigt deutlicher, dass die Hallucination eine Aeusserung des Gedächtnisses und dass sie innig mit Eindrücken derselben Art verbunden ist, als folgendes Beispiel. Ein höchst aufgeregtes, frühreifes Mädchen, elf Jahre alt, sah nach Dr. *Giné*'s Mittheilung in ihren Visionen einen jungen Mann, welchen sie liebte, und, obgleich sie ganz gefühllos gegen die stärksten äusseren Anregungen war, erwachte sie gewöhnlich aus ihren Anfällen, sobald ihre Mutter eine Melodie begann, welche sie mit ihrem Geliebten gesungen, oder zu welcher sie mit ihm getanzt hatte. Die Gestaltung der ursprünglichen Hallucination ist mit bedingt durch die in dem Kranken von aussen geweckten Empfindungen; aber was diese merkwürdigen psychologischen Erscheinungen von dem vollständigen Verlust der Spontaneität unterscheidet, ist der ihnen zu Grunde liegende unbewusste Automatismus.

Dass *Fraser* Zufällen dieser merkwürdigen Krankheit besonders ausgesetzt war (wenn er während des Tages erregt oder beunruhigt worden war), beweist, wie schon gesagt, den grossen Einfluss, welchen Gemüthsbewegungen auf die Entstehung von Träumen haben. Was den zu dem Morde und den damit verbundenen Umständen führenden Wahn anbetrifft, so bin ich geneigt, ihn als Beweis für eine nächtliche Epilepsie anzusehen. Die Gründe für diese Meinung werden völlig erörtert werden; doch will ich zuerst die Thatsachen anführen, auf denen meine Ueberzeugung beruht.

Ungenügende Nahrung ist eine häufige Ursache plötzlicher lokaler Congestion in den afficirten Organen; dieses pathologischen Gesetzes hat man sich hier wohl zu erinnern. Die Gehirnerscheinungen, welche das Gleichgewicht des Nervensystems erschüttern und umstürzen, treten daher sowohl im Schlafe, wie in jedem anderen Zustande des Epileptikers ein. Schlaflosigkeit beruht auf Zuständen heftiger Erregtheit und ausserordentlicher geistiger Thätigkeit; daher kann der Schlaf keine Neigung zu epileptischen Anfällen verursachen, wie allgemein geglaubt wird; es sei denn, dass die Nervencentra ihren Verbrauch wieder ergänzt und mit mehr oder weniger Schnelligkeit den hohen Grad von Reizbarkeit wieder erlangt haben, welcher zu Explosionen von psycho-sensoriellem oder krankhaftem Charakter führt. Ich will damit nicht behaupten, dass nächtliche Anfälle nicht eintreten können ehe der Fallsüchtige erwacht. Was ich hauptsächlich darlegen will, ist, dass so lange das Gehirn das Bedürfniss nach Ruhe, d. h. nach Schlaf, fühlt und ein Ersatz durch Nahrung nicht erlangt worden ist, so lange keine unmittelbare Gefahr für einen Anfall vorhanden sei. Daher werden Fallsüchtige, bald nachdem sie zu Bette gegangen sind, von einem tiefen Schlaf befallen. Ich bemerke jedoch noch besonders, dass dies sich nicht auf den irrsinnig Fallsüchtigen bezieht, welcher während der Nacht in einem mehr oder weniger delirirenden Zustande verbleibt, ohne je wirklich zu schlafen.

Es ist mir kein einziger Fall vorgekommen, in welchem nächtliche Anfälle gerade während des Einschlafens aufgetreten wären. Der ersetzende Process während des Schlafes hindert nicht nur den Ausbruch eines Anfalls, sondern es gehen, wie ich besonders mit Bezug auf epileptisches Irrsein bemerkte, die Krampfanfälle, nach welchen der Patient schläft, selten oder nie in Irrsein über. Schlaf besagt in solchen Fällen, dass der Paroxysmus beendigt ist. Der Schlaf beendigt auch die geistige Epilepsie und bewirkt den Uebergang von dieser zur Gesundheit. Wenn die psychische Unpässlichkeit nur einige Stunden anhält, so ist der Zeitpunkt des Schlafes eine bemerkenswerthe Erscheinung; sollte aber der Anfall, wie es oft vorkommt, mehrere Tage dauern, so geht der denselben beendende Schlaf, besonders wenn er in die Nachtzeit fällt, unbemerkt vorüber. Der Fallsüchtige erwacht des Morgens mit dem Ausdruck gesunder Geisteskräfte. Diese Umstände erklären, warum einige Schriftsteller, wie *Legrand du Saulle*, den in Rede stehenden Schlaf als Beweis von Trunkenheit ansehen. Es ist dies eine übertriebene, nicht aufrecht zu erhaltende Behauptung, da es viele Fallsüchtige giebt, deren Krankheit nicht durch Trunksucht erzeugt ist. Eines der bezeichnendsten Beispiele hinsichtlich dieser Erscheinung ist, abgesehen von übermässigem Trinken, das einer Frau, welche periodische Anfälle von epileptischem Irrsein mit auf ihre Tochter gerichteter Mordsucht hatte. Die Anfälle dauerten 24—36 Stunden. Nach dieser Zeit schlief sie ein, und beim Erwachen erklärte sie sich geheilt und fragte nach ihrem Kinde. Dieses Beispiel ist *Legrand du Saulle*'s eigenen Beispielen entnommen [1]). Es ist nicht nöthig *Bisgrove*'s und andere dem Leser bekannte Fälle zu erwähnen.

In vielen der Hauptfälle, welche sich in unseren neueren Werken über „Psychologische Medicin" befinden, wird der Schlaf als letztes Moment des irrsinnigen Anfalls erwähnt. Auch in einer der ältesten und treuesten Schilderungen, die wir über das epileptische Irrsein haben, wird er in hervorragender Weise erwähnt. Sie betrifft den Fall des Hercules, von welchem einer der ersten Namen, die der Epilepsie gegeben wurden, abgeleitet worden ist. Ich führe diese interessante Beschreibung von *Josat* an:

„Eines Tages, als Hercules dem Jupiter ein Opfer darbrachte, hielt er plötzlich inne. Seine mit Blut unterlaufenen Augen rollten auf entsetzliche Weise, der Geifer lief an seinem Barte hernieder, er lächelte krampfhaft und gezwungen, legte seine Kleider ab und wurde sehr aufgeregt. Schon glaubte man ihn zur Besinnung zurückgekehrt, als er plötzlich auf seine Waffen losstürzte, hinter seinem Vater, hinter seinen eigenen Kindern, hinter Jedem herlief und endlich seine Frau und Kinder tödtete. Im Begriff auch seinen Vater zu erschlagen, erschien Pallas und verhinderte ihn daran, indem sie ihn zu Boden warf. Darauf verfiel er schnell in einen tiefen Schlaf. Erwacht erschreckte ihn der Anblick der Ermordeten, und seine Verzweiflung war

---

[1]) Etude médico-légale sur les épileptiques 1877, p. 93.

gross, als er hörte, dass er der Thäter sei. Von entsetzlichem Gram bewältigt, wollte er sich selbst tödten; aber die inständigen Bitten seines Freundes Theseus überzeugten ihn, dass dies Feigheit sein würde. Darauf beschloss er zu leben und zog sich nach Athen zurück." — „Ich erfinde nichts", fügt *Josat* hinzu, „alles dies ist aus Euripides und Seneca abgeschrieben" [1]). *Gasquet* hat diese Stelle angeführt in seinem Bericht über die Tragödie des „wüthenden Hercules" von Euripides; aber er betrachtet den Anfall, ohne auf seinen epileptischen Charakter hinzudeuten, als Mordmanie, ganz ausser Uebereinstimmung mit dem früheren Verhalten des Hercules, wie er in der Tragödie des Euripides geschildert wird [2]).

Wir können den Einfluss des Schlafes auf die Epilepsie nicht richtig schätzen, wenn wir nicht vorher wissen, ob die verschiedenen Stunden des Tages einen Einfluss auf den Eintritt der Anfälle haben. Wenn ich auf die Zeit zurückblicke, zu welcher meine Patienten die Anfälle gehabt haben, so finde ich, dass sie sich in den frühen Morgenstunden am häufigsten wiederholten. Sonderbar genug, ganz im Gegensatz zu dieser Bemerkung ist, dass in den letzten Stunden des Tages und bei hereinbrechender Nacht die Fallsüchtigen beinahe frei von Anfällen waren. Die Tagesanfälle von 214 Fallsüchtigen beliefen sich während eines Zeitraumes von 15 auf einander folgenden Monaten auf 14,982, die sich auf die folgenden Stunden vertheilten: Früh Morgens und beim Aufstehen 5130, von Morgens 6 Uhr bis Mittag 7503; von Mittag bis 6 Uhr Abends 2153, und von da bis zum Schlafengehen, d. h. von 9 bis 11 Uhr Abends 296.

Jedem, der unter Fallsüchtigen lebt, muss ihre verhältnissmässige Ruhe während der letzten Tagesstunden bis zum Zubettegehen und das Freisein von Anfällen während dieser Zeit auffallen. Denn, wie schon bemerkt, werden nächtliche Fallsüchtige selten während der ersten Stunden ihres Schlafes von dem Paroxysmus befallen; auch in der Zeit von 10 Uhr Abends bis 2 Uhr Morgens sind sie nicht am meisten den Anfällen ausgesetzt. Während eines Zeitraums von 20 auf einander folgenden Monaten hatten 78 nächtliche Fallsüchtige 2896 Anfälle zwischen 2 und 5 Uhr Morgens und 92 Anfälle zwischen 10 Uhr Abends und 2 Uhr Morgens. Wenn man die Stunden der nächtlichen und der am Tage vorkommenden Anfälle zusammenstellt, so ergiebt sich, wie schon gesagt, dass die meisten Anfälle während der frühen Morgenstunden eintreten, wahrscheinlich weil, wie *Herbert Spencer* es erklärt, die Unbeständigkeit der Nervencentra und ihre Geneigtheit zu motorischer Reaction auch auf den schwächsten Reiz desto grösser werden muss, je länger ohne wirklichen Verbrauch der Ersatz stattfindet [3]).

Das Verzeichniss der von Fallsüchtigen begangenen Verbrechen zeigt,

---

[1]) „Recherches historiques sur l'Epilepsie" 1856, p. 9.

[2]) Journal of Mental Science. July 1873. p. 221.

[3]) „Psychology", Vol. 1. p. 90.



dass die meisten früh Morgens oder spät in der Nacht verübt worden sind, und von epileptischen Manifestationen treten die nächtlichen Anfälle am häufigsten in Verbindung mit plötzlichen unprovocirten Gewaltthätigkeiten auf. In Betreff der medicinisch-juristischen Wichtigkeit dieser Thatsache und ihrer vollständigen Erörterung wird der Leser auf das hingewiesen, was ich über die Acten der Gewaltthätigkeit und der Bewusstlosigkeit der Fallsüchtigen in ihrer Beziehung zur medicinischen Jurisprudenz publicirt habe [1]).

Ehe ich von den psychischen Erscheinungen spreche, welche die nächtlichen Anfälle verlängern können, muss ich kurz auf die durch sie bedingten physischen Folgen hindeuten. *Trousseau* legt ein grosses Gewicht auf die nächtliche Incontinentia urinae als ein besonders pathognomonisches Symptom der nächtlichen Epilepsie. Dasselbe ist von unverkennbarer Bedeutung; aber sein Vorhandensein ist keineswegs so beständig, wie *Trousseau* behauptet. Von den 111 Epileptikern mit nächtlichen Anfällen litten nur 78, d. i. 70,21 % daran [2]). Es waren dies 19 Kinder unter 12 Jahren, 23 Heranwachsende und 36 Erwachsene. Folglich zeigten alle von mir beobachteten Kinder Incontinentia urinae bei ihren nächtlichen Anfällen. Der Befund war jedes Mal ein Beweis von einem Anfalle. Die Anzahl der nächtlichen Epileptiker, welche die Zunge zerbissen und am Morgen nach dem Anfalle ihre Verletzungen aufwiesen, war 42; nämlich: 13 Kinder, 10 Heranwachsende und 19 Erwachsene, d. i. 37,84 %. Ich bemerke noch, dass alle diese Patienten mit Ausnahme von 2 Erwachsenen und 1 Heranwachsenden, an Incontinentia urinae gelitten.

Der petechienartige Ausschlag im Gesicht und am Halse war ein häufiger vorkommender Befund, als die eben erwähnte Erscheinung. Er wurde bei 63 Patienten wahrgenommen, nämlich bei 13 Kindern, 18 Heranwachsenden und 32 Erwachsenen, d. i. 56,75 %. Das Aussehen dieses Ausschlages war nicht in allen Fällen dasselbe. Bei einigen waren die Punkte ausserordentlich klein und nur die Augen auf der Stirn und am Halse beinahe unsichtbar. Nicht selten zeigten sich an den Schleimhäuten des Mundes kleine, mit Blut unterlaufene Flecken, welche sich ausserdem an der Conjunctiva befanden, und in fünf Fällen, bei 3 männlichen und 2 weiblichen Erwachsenen war die ganze Sclera mit einem blutigen Extravasat, welches sich auch über die Augenlider erstreckte, bedeckt. Jeder bei einer Frau 2 bis 3 Mal wöchentlich wiederkehrende Paroxysmus hinterliess einen sehr feinen Ausschlag am Halse und an den Armen, welcher nach 2 bis 3 Tagen verschwand, aber mit grösserer Deutlichkeit und Ausdehnung wiederkehrte, sobald ihre Anfälle von petit mal sich gleich nach ihren nächtlichen Anfällen vermehrten, welchen immer Paroxysmen von Lachen und Manie folgten.

---

[1]) American Journal of Insanity, April 1873.

[2]) Im Original ist als Summe 77 angegeben mit dem ebenfalls irrigen Procentsatz von 69,27 statt 69,81. D. Uebers.



Was die Beschaffenheit der Retina nach den nächtlichen Anfällen angeht, so kann ich nur wiederholen, was ich vor langer Zeit über die Veränderungen der Retina als Nachwirkungen des Paroxysmus bei gewöhnlicher Epilepsie gesagt habe. Hyperämie der Retina hält in nicht complicirten Fällen nicht lange an; sie verschwindet in einigen Stunden mit der Nachwirkung des Anfalls. Dies bezieht sich natürlich auf einen Grad von Hyperämie, der hinreichend ist, um ein Abweichen von dem normalen Zustande wahrnehmen zu lassen, da es beinahe unmöglich ist, die geringen flüchtigen Oscillationen des Blutumlaufs in den Gefässen der Retina wahrzunehmen. Hyperämie ist kein bestimmter, sondern nur relativer Circulationszustand. Ferner ist es nicht selten, dass keine bemerkbaren vasculären Veränderungen in der Retina während eines Anfalls von epileptischem Irrsein gefunden werden, und aus diesen Gründen glaube ich, dass die Veränderungen der Retina an sich keine specifische, auf einen kommenden nächtlichen Anfall hinweisende Bedeutung haben.

Der Puls ist vor und nach dem Anfall bemerkenswerthen Veränderungen unterworfen. Er zeigt gewöhnlich am Morgen nach dem nächtlichen Anfalle eine Verminderung der Frequenz um 10 bis 15 Schläge. Am Abend vor dem Anfall steigt die Frequenz und der Puls wird unregelmässig. Verschiedene sphygmographische Aufzeichnungen ergeben einen bemerkbaren Dicrotismus, welcher 2 bis 6 Stunden lang nach dem Aufhören sowohl der Tages- wie Nachtsparoxysmen die gesteigerte Frequenz begleitet. Endlich hatte ich bei epileptischem Irrsein regelmässig am Abend vor dem Anfalle eine Steigerung der centralen Temperatur von 1° bis 2° Fahr. über die Morgentemperatur bemerkt, ein Symptom, welches mich in den Stand setzte, den drohenden Anfall durch Amylnitrit abzuwenden.

Der nächtliche Anfall hinterlässt noch eine andere psychische Spur, welche kaum die Aufmerksamkeit erregt hat, die sie verdient, besonders in Bezug auf die geistigen Störungen, welche durch den verborgenen Paroxysmus genährt werden. Gleich nach dem Ausbruch des nächtlichen Anfalls, aber besonders des Morgens, erwachen viele Fallsüchtige mit einem Gefühle von Erstarrung oder schmerzlicher Kraftlosigkeit, die oft wirklicher vorübergehender Paralyse gleicht, in einem oder beiden Armen, selten in den Beinen. In vielen Fällen, und diese kommen in der That am häufigsten vor, sind einige Muskeln, welche Nerven von der Medulla oblongata erhalten, in besagter Weise paralytisch afficirt. Demnächst werden gewöhnlich die Muskeln des Auges betroffen, so dass beinahe immer ein geringer, aber doch ersichtlicher Strabismus convergens bedingt wird. Zuweilen ist Ptosis vorhanden, oder wir finden die Aussprache undeutlich, mit Zittern der Zunge, welche mehr oder weniger schwer hervorgestreckt werden kann. Bei diesen Zuständen habe ich auch immer Kopfschmerz bemerkt. In Bezug auf diese paralytischen Erscheinungen bemerke ich, dass ihr Erscheinen nach dem nächtlichen Anfall, so viel als ich gesehen habe, das Vorkommen geistiger

Störungen verhindert, weil der Anfall, wie ich weiter darthun werde, beendigt ist.

Die nächtlichen Paroxysmen können in drei verschiedene Gruppen getheilt werden:

1. Anfälle, welche plötzlich entweder lautlos, oder mit einem gellenden Schrei in den Morgenstunden ausbrechen und den Kranken kaum aus seinem Schlafe wecken. Am Morgen finden wir sie gewöhnlich begleitet von Incontinentia urinae, zerbissener Zunge, petechienartigem Ausschlage, Kopfschmerz, oder von den so eben beschriebenen paralytischen Symptomen. Diese beinahe immer vereinzelt vorkommenden Anfälle hören schnell auf und sind nie Vorboten eines irren Erwachens, weil, wie ich vorher bemerkte, der Anfall in seinen nächtlichen Erscheinungen sein Ende erreichte.

2. Anfälle, in welchen die auf das Gesicht beschränkt bleibenden Convulsionen ihre Bedeutung einbüssen durch das hervorragend irre Element, welches dem Paroxysmus seinen Charakter giebt und den Fallsüchtigen zu automatischen Handlungen und rasender Erregtheit antreibt. Diese Anfälle sind zwar von kurzer, aber doch von längerer Dauer, wie die vorher bezeichneten. Der bei dieser Categorie von Fällen constante Ausbruch von Erregtheit am Ende des Anfalls unterscheidet dieselben wesentlich von den Fällen des gewöhnlichen Somnambulismus, bei welchen die auf Reflex beruhenden, von der Epilepsie unzertrennlichen Anfälle und Reactionen immer fehlen. Wenn der Fallsüchtige nicht aus seinem Anfall aufgeweckt wird, so erwacht er am anderen Morgen körperlich und geistig deprimirt, ohne zu wissen, was er gethan hat, mit einer verworrenen, unbestimmten Erinnerung seiner Träume während der Nacht. Dies ist wieder einer von den beendeten Anfällen; auch sie treten in der Regel vereinzelt auf.

3. Anfälle, die gewöhnlich 3 oder 4 mal oder auch öfter nach einander wiederkehren, begleitet von schrecklichen Hallucinationen, aber ohne die automatische Thätigkeit der Anfälle der zweiten Gruppe. Anstatt ruhigen Schlafes folgt ihnen ein delirirender rastloser Zustand; den immer lebhafter werdenden Hallucinationen überlässt sich der Patient in heftigster maniakalischer Weise. Zuweilen kommt es vor, dass der Kranke nach einem nicht heftigen Anfalle am Morgen in tiefer Betäubung gefunden wird, um tagelang in vollständiger Apathie, in einer Art von Catalepsie zu verbleiben, wobei er die Excremente abgehen lässt. In einigen Fällen treten statt der Betäubung und Depression exaltirte Vorstellungen auf. Wieder in anderen handelt und spricht der Fallsüchtige in seinen Anfällen scheinbar mit Bewusstsein, obgleich er sich seiner Handlungen vollständig unbewusst und ohne Verständniss für alle äusseren Beziehungen ist. In diesem Zustande kann der geringste geistige oder psychische Eindruck, unterstützt durch die Hallucinationen des Gehörs und Gesichts und durch das den psychischen Symptomen der Epilepsie zu Grunde liegende qualvolle Gemeingefühl eine plötzliche Heftigkeit verursachen. Bei dieser dritten Categorie von Anfällen leitet der nächtliche Anfall einen Paroxysmus von Irrsein ein, welches

mehrere Stunden am folgenden Tage, oder sogar längere Zeit anhalten kann.

Die strenge Sonderung dieser drei Arten nächtlicher Anfälle geschah, um zu zeigen, wie einige von ihnen irrthümlich für Anfälle von Somnambulismus gehalten worden sind und noch werden, besonders wenn die Antecedentien des Patienten nicht bekannt sind. Folgende Beispiele beweisen dies:

Ein 17 Jahre altes Mädchen, dessen mütterliche Grossmutter und Tante irrsinnig waren, litt, 13 Jahre alt, beim Eintritt der Periode an petit mal. Damals hatte sie auch Anfälle, welche von ihren Eltern für Somnambulismus gehalten wurden. Wiederholt kam sie spät in der Nacht aus ihrem Bette zu der Mutter und rief mit angsterfüllter Stimme: Die Katze! die Katze! Sie glaubte, eine grosse Katze habe sich in ihr Zimmer eingeschlichen, um sie zu kratzen. Durch heftiges Schütteln, oder durch Aether oder Ammoniak, welchen man ihr unter die Nase hielt, erwacht, zeigte sie sich verwirrt und zitterte einige Minuten lang am ganzen Körper. Diese wöchentlichen Anfälle dauerten ohne heftiger zu werden zwei Jahre lang. Dann aber nahmen sie plötzlich, eingeleitet durch einen gellenden Schrei und Visionen derselben bösen Katze, einen entschieden convulsivischen Charakter an, begleitet von Incontinentia urinae. Am anderen Morgen wusste das Mädchen von dem Anfalle nichts; sie erinnerte sich nur ihres „bösen Traumes von der Katze". — Mit Dr. *Peaslee* wurde ich von einer verheiratheten, 32 Jahre alten Dame aus Buffalo consultirt, deren Vater, von Kindheit an epileptisch, irrsinnig gestorben war. Von Jugend auf hatte sie störende Träume gehabt, in welchen sie sprach und sang, oder durch die Verfolgung von gefährlichen Menschen heftig erschreckt und geängstigt wurde. Eines Nachts ergriff sie, wieder gequält von diesen phantastischen Visionen, ihren Mann, der neben ihr im Bette lag, wüthend an der Kehle und hätte ihn beinahe erwürgt. Als sie aus diesem Zustande erwachte, war sie sehr erregt, während ihre Glieder heftig zuckten. Zwei Monate nach diesem Vorfall wurde diese Dame, welche auch bei Tage zuweilen Ohnmachten gehabt haben sollte, eines Morgens beim Erwachen von haut mal befallen; darum consultirte sie uns.

Ein junger Farmer in Mahopac bei New York fiel durch die Fallthür eines Kornbodens auf den Kopf und blieb eine Zeit lang bewusstlos liegen, doch wurde nichts Bemerkenswerthes bei ihm constatirt. Später aber war er häufig apathisch und reizbar und stand spät in der Nacht wieder auf, um nach den Ställen zu gehen, was er früher nie gethan hatte. Bei einer solchen Gelegenheit erstach er im Juni 1863 sein eigenes Pferd mit einem Heumesser [1]). Dann ging er wieder in's Bett zurück. Am anderen Morgen

[1]) Es ist dies ein bis zu c. $2^1/_2$ Fuss verlängertes und entsprechend breites Tranchirmesser, mit welchem aus den Heuhaufen viereckige Stücke herausgeschnitten werden, um sie zwischen Latten durch Draht zu Ballen verpackt auf den Markt zu bringen. Anmerk. d. Uebers.

war er sehr erstaunt, als er sein todtes Pferd sah. Er erinnerte sich nicht, in der Nacht im Stalle gewesen zu sein, obgleich er bei der Rückkehr auf sein Zimmer von seinem Gefährten befragt, wie auch bei ähnlichen vorhergegangenen Gelegenheiten, erwidert hatte, dass er ein Geräusch von Personen im Stalle gehört habe. Er erinnerte sich jedoch seines Traumes, in welchem er mit Räubern kämpfte; dass er aber sein Pferd sollte getödtet haben, davon konnte man ihn trotz der Blutflecken auf seinem Nachthemde nicht überzeugen. Dieser merkwürdige Vorfall wurde als Somnambulismus angesehen. Von seinen Freunden nun sorgfältiger bewacht, wurde dieser junge Mann einige Nächte später sehr erregt, machte sein Bett nass, stand dann auf, um sich anzuziehen und die oben erwähnten, scheinbar ganz methodischen Handlungen zu verrichten. Ich wurde zu Rathe gezogen und erklärte seine Anfälle für Epilepsie. Später wurde dieser junge Mann irrsinnig, und seine Verwandten übergaben ihn der Irrenanstalt in Canandaigua.

Kürzlich wurde ich von einem 42 Jahre alten Herrn consultirt, der an einer unüberwindlichen geistigen und physischen Depression litt. Dieselbe steigerte sich zur Zeit des Auftretens nächtlicher Paroxysmen, welche ihn während des Schlafes stets zwischen 3 und 4 Uhr Morgens befielen. Er hatte dann ein Gefühl, als ob er langsam in die Luft gehoben würde und in der grössten Gefahr sei, bei der geringsten Bewegung in einen bodenlosen Abgrund zu stürzen, dabei war sein Körper wie in Schweiss gebadet. Es bedarf einer grossen Anstrengung, um dieses quälende Gefühl abzuschütteln, und obgleich er nachher in einen schläfrigen Zustand versinkt, so ist dies doch nie ein erquickender Schlaf, sondern ein ununterbrochener Schwarm aller möglichen Gesichts-Hallucinationen, eine Reihe scheusslicher, äusserst quälender Bilder. Um sich hiervon zu befreien, ist er oft genöthigt, mit der grössten Anstrengung aufzustehen und seinen Kopf mit kaltem Wasser zu waschen. Er giebt auch an, während dieser Paroxysmen unbewusst Briefe geschrieben zu haben, die er nachher zu seinem grössten Erstaunen unter den Papieren auf seinem Tische fand. Vor kurzem sei er ganz automatisch auf die Strasse gegangen, ohne zu wissen wohin. Bei seiner Rückkehr sei er erstaunt gewesen, zu so später Stunde nach Hause zu kommen. Als er von seinem Diener, welcher ihm beim Eintritt in sein Zimmer begegnete, aus diesem Zustande aufgeweckt wurde, habe er nicht gewusst, woher er gekommen. In Folge dieser Ereignisse fürchtete er sich sehr vor Irrsinn. Während des Tages, besonders des Morgens, bemerkt er häufig einen momentanen Schwindel, begleitet von einem schnell wieder verschwindenden Lichtschein vor den Augen. Während eines dieser Anfälle, der in meiner Gegenwart eintrat, sah ich deutlich einige Sekunden lang die spasmodische Contraction der Pupillen, begleitet von Nystagmus und einem sehr bemerkbaren Zittern der Augenlider. Patient ist in Bezug auf seine Familiengeschichte, besonders hinsichtlich der erblichen Prädisposition zum Irrsinn, sehr zurückhaltend. Von einem seiner Freunde aber

habe ich gehört, dass der mütterliche Zweig seiner Familie Podagra und Apoplexie aufweist, und dass ein mütterlicher Oheim als Epileptiker gestorben ist. Mag dies sein wie es will, ich nehme keinen Anstand, diesen Fall als Epilepsie zu betrachten und zu behandeln, indem ich den Mann unter die cérébraux von *Lasègue* klassificire, da er ausserdem eine deutliche Asymmetrie des Gesichts und Gaumens zeigt.

Diese, sowie andere ähnliche, mir zur Verfügung stehende Beispiele hätten leicht irrthümlicher Weise für Anfälle von Somnambulismus gehalten werden können und wurden es theilweise auch, bis eine nähere Untersuchung und die Wiederkehr der Anfälle die wahre epileptische Natur der nächtlichen Erscheinungen darthat. Wenn wir uns auf die Beschreibungen beschränken, welche sogar in den beachtenswerthesten Werken enthalten sind, so ist es unmöglich, die wahre Natur der darin mitgetheilten wunderbaren Fälle von Somnambulismus definitiv festzustellen, und da solche Mittheilungen jetzt keiner genauen Revision unterworfen werden können, so müssen sie nach dem Resultat sorgfältiger klinischer Beobachtung jedes neuen Falles beurtheilt werden. Die bestehenden Theorien über Somnambulismus und diesem verwandte Zustände mögen den Psychologen hinreichend befriedigen; aber so gut sie auch durch speculative Ansichten unterstützt sein mögen, für den Praktiker müssen sie durch genauere Forschungen bewiesen werden, wenn er nicht Gefahr laufen will, das Somnambulismus zu nennen, was in Wirklichkeit Epilepsie ist und umgekehrt; ein Risiko, welches für den Patienten, wie für die Sicherheit der menschlichen Gesellschaft von grosser Bedeutung ist. Darum sollte man die Gelegenheit zu solchen Studien nicht vorüber gehen lassen. Der kürzlich vorgekommene tragische und betrübende Fraser'sche Fall, auf den ich schon hingedeutet habe, veranlasste mich zu diesen ausführlichen Erörterungen. Obgleich unvollständig, bieten sie doch die charakteristischen Grundzüge dar, mit deren Hülfe wir über die epileptische Natur jedes nächtlichen Paroxysmus zu urtheilen vermögen. Die Krankengeschichte Fraser's hätte zu ihrer Vervollständigung einer längeren klinischen Beobachtung des Kranken bedurft; nichtsdestoweniger liefert uns der interessante Bericht des Dr. *Yellowlees*, wie ich jetzt darzuthun gedenke, Details und Symptome, welche ganz bestimmt auf das Vorhandensein der epileptischen Neurose in einer ihrer nicht ungewöhnlichen Formen hinweisen.

Die gerichtliche Verhandlung des Fraser'schen Falles zwingt mich zu einer Bemerkung, welche ich nicht unterdrücken kann. Die Verhandlung führte dahin, dass alle Betheiligten den Gefangenen als für seine Handlungen nicht verantwortlich erklärten. Nichts könnte gegen solch' ein gerechtes und humanes Verdict gesagt werden; dass man aber Fraser in Freiheit setzte unter seiner und seines Vaters Bürgschaft, dass er zukünftig getrennt von anderen Personen in einem Zimmer für sich schlafen sollte, das war eine juristische Entscheidung, die ich auf's Bestimmteste verwerfe. Die Ueberbringung und Ueberwachung Fraser's in einer Anstalt, kurz, seine

Beschränkung war, wie ich glaube, durch seinen Zustand geboten, wenn es auch eine harte und für ihn sehr unangenehme Maassregel war; es ist dies aber kein Grund, den Schutz der menschlichen Gesellschaft zu vernachlässigen. Von ärztlicher Seite ist es bewiesen, dass Fraser vorübergehend irrsinnig war, und wenn wir uns der nicht weniger feststehenden Thatsache erinnern, dass Fraser seinen Vater, seine Frau, seine Stiefschwester, seine Hausgenossen und auf einen Mitgefangenen im Gefängniss während seiner gewöhnlichen nächtlichen Anfälle angegriffen hatte, so kann man sich der Ueberzeugung nicht entschlagen, dass die Wichtigkeit des Falles durch ein kurzsichtiges Wohlwollen falsch beurtheilt wurde, und dass Fraser, trotz seiner Bürgschaft, in irgend einer Nacht bewusstlos aus seinem getrennten Zimmer kommen und seine furchtbaren Gewaltthaten wiederholen wird, um dadurch die lange Liste schrecklicher Gewaltsacte, welche hätten verhindert werden können, zu vermehren. Dr. *David Nicholson* hat in seiner kürzlich erschienenen werthvollen und sehr praktischen Abhandlung über „Das Maass individueller und socialer Verantwortlichkeit in Criminalfällen“ [1]) eine solche Liste publicirt.

Wir wollen jetzt zu den Symptomen übergehen, welche Fraser nach Dr. *Yellowlees'* Bericht darbot. Die erbliche Prädisposition, die nächtliche Incontinentia urinae, die rastlosen, unruhigen, durch Träume und Incubus gestörten Nächte nehmen unter Fraser's Antecedentien eine hervorragende Stelle ein. Zu Bette gegangen schlief er gewöhnlich bald ein. Die Anfälle traten meist um Mitternacht oder eine Stunde vorher oder nachher auf. Sie kamen in unregelmässigen Zwischenräumen und dauerten selten länger als einige Sekunden. Nachdem er wie gewöhnlich eingeschlafen ist, ergreift ihn plötzlich ein grosser Schreck. Er springt aus dem Bette mit dem lebhaften Gefühle, dass irgend ein grosses Unglück drohe, dass sein Haus brenne, dass die Mauern um ihn her im Begriffe seien einzustürzen, dass sein Kind in eine Schlucht hinabfalle; am häufigsten aber, dass ein wildes Thier in seinem Zimmer sei und ihn anfallen werde. Mit unverständlichem Geheul zerrt er in Todesangst Frau und Kind aus dem Bette, um sie vom Tode zu retten, oder er jagt das wilde Thier in der grössten Wuth im Zimmer umher, wobei er, um in dessen Nähe zu gelangen, die Möbel umherwirft. Er schlägt nach ihm mit irgend einem Gegenstande, den er als Waffe gebrauchen kann, oder er packt seinen Gefährten plötzlich bei der Kehle, in der Vorstellung, das Thier gepackt zu haben. Das Thier ist gewöhnlich ein wilder Hund, Pferd, Wolf oder ein anderes, oft weit schrecklicheres Geschöpf der Einbildung. Wenn Fraser hierbei nicht aufgeweckt wird, so erinnert er sich dieser nächtlichen Vorkommnisse durchaus nicht, obgleich er aus dem Gefühl der Mattigkeit und Abspannung schliesst, dass er gewandelt habe. Wird er aber aufgeweckt, so ist er verwirrt und erregt, zittert stark, trinkt Wasser, geht ruhig zu Bette und schläft wieder

[1]) Journal of Mental Science, July 1878, p. 265 et seq.

ein. Er erinnert sich dann jedoch des Morgens der Vorstellungen, die ihn beherrschten.

Alle diese Erscheinungen stimmen in jeder Hinsicht und in auffallender Weise mit den charakteristischen Kennzeichen der nächtlichen Epilepsie überein. Die Kürze des Anfalls, das Sprechen und Bewegen während desselben, die grosse Angst und die bösen Traumbilder, die Vision von Feuer, zuletzt der Ausbruch der rasenden Wuth, die Verwirrung, Erregung und das heftige Zittern beim Erwachen, die Bewusstlosigkeit am folgenden Tage bezüglich Alles dessen, was sich zugetragen hatte, trotz der Erinnerung an die Vorstellungen, die ihn beherrschten: Alles dies sind charakteristische Erscheinungen, die der zweiten Gruppe der nächtlichen Anfälle, wie ich sie beschrieben habe, angehören, und die ausserdem in den angeführten Fällen besonders hervortreten. Und um die epileptische Natur der Anfälle ausser jeden Zweifel zu stellen, haben wir noch das pathognomonische Symptom der nächtlichen Incontinentia urinae.

Was hauptsächlich die Diagnose von Fraser's nächtlichen Anfällen unklar gemacht hat, das war der Charakter seiner Wahnvorstellungen. Dr. *Clouston* betrachtete Fraser's Zustand nicht als Irrsein, „weil der Anfall während des Schlafes eintrete. Er habe nie von einem Falle gehört, in welchem ein Mensch geglaubt, dass er ein Thier angreife." Die erste Angabe ist ein allgemeiner Schluss, welcher der Beschränkung bedarf, ehe man ihn zugeben kann; denn Niemand kann in Abrede stellen, dass epileptisches Irrsein in der Nacht während des Schlafes eintritt. Die Fälle, in denen ein Mensch geglaubt hat, es sei ein Thier, welches er angreife, sind keine Ausnahmen. Da ich mich hier mit der nächtlichen Epilepsie befasse, so werde ich die Beweise, die auf diesen Punkt anwendbar sind, daraus entnehmen. Die Gesichtshallucinationen, an welchen Fraser litt, sind von *Brierre de Boismont*, *Morel*, *Baillarger*, *Falret* und anderen berühmten Schriftstellern beschrieben worden. Visionen von wilden Thieren findet man immer bei alkoholisch epileptischem Irrsein; aber ich wiederhole, wir begegnen ihnen auch in Fällen aus anderen Ursachen, wie bei dem Mädchen, dessen Fall ich mitgetheilt habe. Die Frau, deren Geschichte von *W. Mercer* erzählt und von Dr. *Hughlins Jackson* [1]) angeführt wird, erklärte am Morgen nach einem ihrer rasenden und wüthenden nächtlichen Anfälle, in denen sie sich von Feinden umgeben sah, dass sie Wölfe um sich her gesehen hätte. Man wird sich erinnern, dass ein Wolf unter den Thieren war, mit welchen Fraser zu thun hatte. Ich finde folgendes Beispiel in einem alten klassischen Werke, welches mir gerade in die Hände kam.

„Ich sah im Jahre 1752" (berichtet *Tissot*) „einen sehr robusten Maurer, 21 Jahre alt, welcher von der Krankheit befallen wurde, nachdem er durch einen Traum erschreckt worden war. Er bildete sich ein, dass er von einem Bullen verfolgt würde, und er erwachte aus seinem Traume in wilder Auf-

[1]) „West Riding Medical Reports" 1875, p. 126

regung und Delirium; eine Stunde nachher hatte er einen schlimmen epileptischen Anfall. Ich sah den Mann am nächsten Morgen, er war noch aufgeregt und bekam den zweiten Anfall, als er mir eine Beschreibung von seinem Zustande machte. Er hatte noch zwei Anfälle während der Woche, welchen beiden dasselbe Angstgefühl vorherging und nachfolgte; seitdem aber hat er keine Anfälle mehr gehabt [1])." Einer der Epileptiker im Hospital stiess in seinen nächtlichen Anfällen immer einen durchdringenden Schrei aus, und wenn man ihn weckte, schien er erschreckt und zitterte am ganzen Körper. Er sah in seinen Anfällen immer einen tollen Hund, der ihn biss.

Eine andere Frau, nicht trunksüchtig, fühlte beim Anfang ihrer nächtlichen Anfälle eine kalte Schlange an sich hinauf kriechen, sich um ihren Körper winden und sie erwürgen. Wir haben gesehen, wie ein Farmer in Mehopac, als er sein Pferd tödtete, glaubte, er kämpfe allerdings nicht mit Thieren, aber doch mit Räubern. Chambeers, welcher vor Jahren wegen Todschlag in Brooklyn vor Gericht gebracht und nach der Irrenanstalt in Auburn geschickt worden war, wurde von Visionen aller Art heimgesucht, Menschen, die ihm Gesichter schnitten und ihn anspuckten; er feuerte unbewusst den Schuss ab, der sein Opfer tödtete. Dieselben Wahnvorstellungen beherrschten ihn auch im Schlafe.

Die vorhergehenden Bemerkungen thun dar, dass die Wahnvorstellungen, welche Fraser hegte, verglichen mit anerkannten Thatsachen, von denen Epileptischer sich nicht unterscheiden; während die plötzlichen automatischen Angriffe und heftigen Reactionen, welche sie begleiteten, ihren epileptischen Ursprung noch ferner bestätigen, da solche Erscheinungen in Verbindung mit Somnambulismus nicht beobachtet worden sind. Hallucinationen des Gesichts existirten in 60 % (67) der 111 Epileptiker, welche hier analysirt wurden; Hallucinationen des Gehörs in 51 % (57) der Fälle; Hallucinationen des Gesichts und Gehörs in 36 % (39); Hallucinationen des Geruchs in zwei Fällen und des Geschmacks in einem. Endlich, in 27 % (31) der Fälle war Pelzigsein, Anästhesie. oder eine andere Sensibilitätsstörung vorhanden.

Die Visionen der nächtlichen Epileptiker sind nicht immer von schreckhaftem Charakter. Sie zeigen oft denselben religiösen Charakter, wie die vielen am Tage vorkommenden Anfälle, welche besonders von *Hecker* in den tanzenden Wahnsinnigen des 14. Jahrhunderts, welche Epileptiker waren, beschrieben wurden. In diesen Visionen sahen sie den Himmel geöffnet, den Heiland und die Jungfrau Maria auf Thronen sitzend; gegen alle äusseren Sinneseindrücke waren sie unempfindlich [2]).

Man kann nicht leugnen, dass die Entzückungen und Visionen Swedenborg's, wie *Maudsley* bewiesen hat [3]), epileptischer Natur waren, während

---

[1]) „Traité de l'Epilepsie" 1785, p. 41.

[2]) Epidemies of the Middle Ages, Syd. Soc. Trans., p. 81.

[3]) Journal of Mental Science, 1869, p. 175.



die Visionen und Träume Mahomet's, welcher auch Epileptiker war, als Basis einer Religion dienen, die von Millionen unserer Race anerkannt wird.

Die Analyse des Processes, durch welchen die Hallucinationen des Somnambulen und des Epileptikers in Thätigkeit gesetzt werden — durch correlative äussere Eindrücke —, um eine Reihe automatischer Handlungen mit scheinbarem Bewusstsein auszuführen, erklärt deutlich, warum „Fraser, unachtsam auf Alles und blind gegen alles Andere, nur das sah, was mit der Hauptwahnvorstellung zusammenhing".

Die beabsichtigte Ausführung vieler Handlungen des Epileptikers während seiner Anfälle ist auf die Correlation zwischem dem subjectiven sensoriellen Bilde und dem äusseren Eindrucke, wie auch auf die Dauer der Eindrücke oder Gedanken im Sensorium beim Anfang des Anfalls zurückzuführen. Wie weit die Spannkraft oder die Herrschaft des Willens aufrecht erhalten werden kann, wenn alle anderen cerebralen Fähigkeiten unterdrückt sind, wird durch jenen Bösewicht gezeigt, welcher unter der Wirkung von Chloroform, wie *Bouisson* erzählt, seinen Willen noch hinreichend beherrschen konnte, so dass er auf Nichts antwortete, was seine Betrügereien hätte aufdecken können [1]).

Ich habe u. A. den Fall eines Mädchens erwähnt, welches einen Anfall während des Ankleidens zum Theater hatte. Nach dem Anfall, geistig noch gestört, war sie sehr erbost auf ihre Mutter, welche sich ihrem Gehen widersetzt hatte. Sie bat dieselbe, ihr ein Glas Wasser an's Bett zu bringen, auf welchem sie lag; nahm das Glas und warf es sehr erregt mit rachsüchtigem Gesichtsausdruck ihrer Mutter an die Stirn. Als sie einige Stunden nachher von dem Anfall erwachte, wusste sie nichts von dem Unrechte, das sie ihrer Mutter, welche sie zärtlich liebte, zugefügt hatte.

Ein 12 Jahre altes Mädchen wurde seit zwei Jahren erfolglos an Epilepsie behandelt. Eines Abends, als sie sich in dem Zimmer ihrer Mutter eine Tasse Thee machte, hatte sie einen kurzen leichten Anfall. Nachdem er zu Ende war, nahm sie, eine Tasse in der Hand haltend, scheinbar bei vollem Bewusstsein den Kessel mit dem kochenden Wasser und goss das Wasser nicht in die Tasse, sondern über ihren Arm und ihr Bein, wobei sie sich sehr erheblich verbrannte, ohne den geringsten Schmerz zu zeigen. Von diesem Tage an verschwanden die Anfälle.

Dr. *Hughlings Jackson* erzählt, dass einer seiner Patienten in der Zeitung gelesen hätte, wie die Königin ihre Kinder erziehe. Nach seinem nächsten Anfalle sagte er, die Kinder seien alle unter den Shawl der Königin gesteckt und würden in den Himmel genommen [2]).

Die Taubheit und Blindheit der Epileptiker gegen Alles, was nicht mit

---

[1]) Traité théorique et pratique de la méthode anesthésique, p. 230. Ein willensstarker Mensch erwacht auch unter gewohnten Verhältnissen zu jeder dazu bestimmten Stunde. Anm. d. Uebers.

[2]) Op. cit. p. 118.



dem sie beherrschenden Gefühle zusammenhängt, ist schon vorher erwähnt worden. Einer meiner Patienten erkannte weder seinen Bruder noch seine Freunde. In einem der Anfälle, der ihn in die Hände der Polizei brachte, wäre er beinahe auf einer Station von einer Lokomotive, die er nicht sah, überfahren worden. Dr. *Hughlings Jackson* spricht von einem Epileptiker, „der sich selbst verlor", aber doch während seiner Anfälle weiter gehen konnte. In einem Anfalle verlor er sich in Blackfriars und kam wieder zu sich bei dem Elephant a Castle. Er ist von einem Omnibus niedergeworfen worden und einmal beinahe in die Themse gegangen [1]).

Das Umherwandern der Epileptiker während ihrer nächtlichen Anfälle ist eine Erscheinung, die auch in einem der von mir angeführten Fälle vorkommt; ausserdem aber in vielen anderen, welche hier nicht wiedergegeben werden können [2]).

Um die sensoriellen Erscheinungen, welche wir hier vor Augen haben, in jeder Beziehung richtig zu würdigen, dürfen wir nicht übersehen, dass lebhafte acute Eindrücke, anstatt zu verschwinden, mit grosser Gewalt alle anderen Gefühle abstumpfend wiederkehren, besonders bei krankhaften Zuständen des Gehirns. Die Perceptionsregionen des Sensoriums bewahren nach dem ersten Anfalle eine Art photographisches Negativ, wenn ich mich so ausdrücken darf, vermittels welches jeder folgende Eindruck aufgenommen wird, so dass dasselbe Bild der ersten psychischen Erscheinung reproducirt wird mit der unveränderlichen Identität, welche dem epileptischen Anfalle aufgeprägt ist. Diese Eigenthümlichkeit erscheint deutlich in folgendem Beispiele:

Ich sah in New York eine junge Dame, deren Vater und Gatte in ihrer Gegenwart von einer gesetzlosen, wüthenden Bande von Freiwilligen während des letzten Aufstandes in Cuba, erschossen worden waren. In Folge dessen verlor sie ihren Verstand und ihre Sprache. Sie erholte sich nie wieder von dem Schrecken. Ausserdem blieb sie nächtlichen epileptischen Anfällen unterworfen, welchen ein Zustand gänzlicher Gefühllosigkeit und Catalepsie folgte, während welchem sie, ohne ihr Schweigen zu brechen, zu Zeiten entsetzt und bleich aussah, und ihre Hände in einer Stellung erhob, die grosses Entsetzen und Kummer verrieth. Diese Paroxysmen wurden häufiger, wenn die epileptischen Anfälle bevorstanden.

Ich erwähnte schon, dass Epileptiker weder von den Tages- noch von den Nachtsanfällen irgend etwas wissen; sie erinnern sich mehr oder weniger ihrer Wahnvorstellungen und Träume. Ich brauche meine Erklärung über die Ursache dieser Amnesie nicht zu wiederholen, dass nämlich der Geist durch die Intensität seiner Thätigkeit erschöpft und so die Continuität im Bewahren von Eindrücken und ihrer Associationen, die für das Ge-

---

[1]) Op. cit. p. 121.

[2]) Die Berichte einiger dieser Fälle findet man in dem American Journal of Insanity. April und July 1873.

dächtniss nothwendig sind, unterbrochen wird. Es giebt jedoch Fälle, in welchen der Grad des Beherrschtseins durch den der Wahnvorstellung schon vor dem Anfalle zu Grunde liegenden Gedanken und das dieselbe begleitende Vorhaben der Art sind, dass sie die während des Anfalls unfreiwillig verübten Handlungen nicht aus dem Gedächtniss des Epileptikers verwischen. In diesen Fällen erscheint die ungetrübte Erinnerung nicht nur mit irgend einer spasmodischen Erscheinung verbunden, sondern auch mit den absurden Wahnvorstellungen, die der ganzen Attacke zu Grunde liegen und deutlich ihre irrsinnige Natur darthun. Ein sehr charakteristischer Fall dieser Art ist in einem höchst interessanten und nützlichen, vor kurzem von Dr. *E. Blanche* herausgegebenen Werke enthalten.

Ein 34 Jahre alter Mann litt an Epil. vertiginosa, mit Kopfschmerz, Hallucinationen des Gesichts, nächtlicher Incontinentia urinae und heftigen plötzlichen Anfällen von Manie. In solch' einem Anfalle tödtete er den Vicar von La Loupe. Den Doctoren *Lasègue*, *Blanche* und *Motet* gab er folgenden genauen Bericht über den Vorfall: „Ich hatte sehr oft einen Anfall", sagte er. „Ich litt an Kopfschmerzen. Ich sah nicht deutlich, mein Magen war in Unordnung und dann war mein Hals wie zugeschnürt; ich konnte nicht athmen. Ich schlief sehr selten, und während des Monats August schlief ich gar nicht. Ich sah zahllose Phantome; ich fühlte, als ob ich bange vor mir selber wäre. Ich sprach mit Niemanden davon. Eines Nachts, als ich im Bette war, sah ich Etwas, das sich gegen die Stallthüre lehnte; es hatte eine sehr sonderbare Gestalt. Ich stand auf, um zu sehen, was es sei; aber da war es verschwunden. Ich ging in's Bett zurück, und da war die Gestalt wieder da. Drei Mal stand ich auf, indem ich sagte: Mein Gott, wie sonderbar! Da dachte ich, dass es etwas in mir sei, das mich quälte. Ich glaubte, ich sei behext und schlief gar nicht. Am Morgen stand ich wie gewöhnlich auf und trieb die Kühe auf die Weide. Meiner Herrin sagte ich nichts davon. Ich besuchte den Vicar von Pontgoni und erzählte ihm Alles. Ich sagte ihm, ich glaubte, ich sei behext. Ich dachte es, ohne es zu glauben, trotzdem meinte ich, es könnte etwas Wahres daran sein, obgleich ich gegen Niemanden Verdacht hegte. Der Vicar von Pontgoni beruhigte mich; er rieth mir ein Fussbad zu nehmen und Lindenblüthenthee zu trinken. Ich that das und fühlte mich besser darnach. Eines Nachts hatte ich wieder dasselbe sonderbare Gefühl und stand auf. Ich sah Alles roth und dachte es brenne irgendwo. Beim Hinuntergehen fiel ich die Treppe hinunter. Meine Herrin mag diesmal etwas bemerkt haben.

Die Nacht zwischen Mittwoch und Donnerstag (22.—23. Februar) konnte ich nicht schlafen; ich wurde unaufhörlich von Träumen gequält. Es schien mir, als ob ich unförmliche Gestalten vor Augen hätte, und mir wurde bange. Ich stand nicht auf, ich weckte den Schäfer, der neben mir lag und frug ihn, wie viel Uhr es wäre. Ich war müde und erschöpft vom Liegen im Bette Es passirte häufig, dass ich nicht schlafen konnte;

aber die folgende Nacht schlief ich gut. Ich verspürte den Anfall erst, nachdem ich meinen Kaffe getrunken hatte.

Ich musste nach La Loupe gehen, ich weiss nicht, was mich dazu trieb. Ich stand ganz ruhig um 7 Uhr auf und ging hinaus. Die Wirthsfrau, welche gerade Kaffe für sich machte, frug: „Wünschen Sie etwas?“ „Es liegt mir nichts daran“, sagte ich, „ich nehme etwas, wenn Sie welchen übrig haben.“ Nachdem ich den unglückseligen Kaffe getrunken hatte, fühlte ich Uebelkeit. In dem Augenblicke kam ein Mann mit einem Truthahn. Ich hatte schon lange zeitweise ein sonderbares Gefühl im Kopfe gehabt. Der Truthahn machte einen Eindruck auf mich; er lag in einem Korbe mitten auf der Strasse. Je mehr ich ihn ansah, desto sonderbarer erschien er mir. Ich konnte meine Augen nicht von ihm abwenden, warum, konnte ich nicht sagen. Ich drehte mich um, und da sah ich ein Bild von dem Truthahn am Bette des kleinen C.....; der Truthahn hatte zwei Köpfe und tanzte. Ich fühlte mich wie behext und verwirrt, ich weiss nicht wie. Ich suchte den Vicar auf. Er war nicht zu Hause, er war in die Kirche gegangen. Ich ging auch hinein. Ich nahm das Weihwasser, wie ich es immer thue und klopfte an das Gitter des Beichtstuhls. Der Vicar frug, was ich wünschte. Ich antwortete, dass ich Trost suche. Ich klopfte wieder, und er befahl mir fortzugehen. Dann ging er aus der Kirche, indem er sagte, er würde den Gendarmen rufen. Ich hatte mein Messer in der Tasche und erstach ihn damit. Darauf wurde ich arretirt [1]).

Ich habe diese Geschichte so detaillirt mitgetheilt, weil, wie auch die erfahrene Jury anerkannte; diese ausführliche Beschreibung aller dem Morde vorangehender Gefühle schon allein, auch ohne Hervorhebung und Erklärung der Hauptkennzeichen dieser Krankheit, sowohl die Unverantwortlichkeit des Mörders darthut, wie auf die Nothwendigkeit, einen so gefährlichen Irren in einer Anstalt unterzubringen. Diese weise, auf den Rath von Sachkundigen befolgte Vorsichtmaassregel contrastirt auffallend mit der Freiheit, welche Fraser gewährt wurde, obgleich dessen Fall in allen seinen wesentlichen Zügen demjenigen des Mörders des Vicars von La Loupe gleicht. Die psychischen Zustände, welche die nächtlichen Anfälle verlängern können, entsprechen der Form des epileptischen Irrseins, welche ich intermittirend genannt habe, und auf welche die sogenannten larvirten Anfälle zurückzuführen sind. Die Aehnlichkeit zwischen diesen psychischen Manifestationen und dem Somnambulismus macht es in vielen Fällen beinahe unmöglich, einen Unterschied festzustellen. Ich habe gezeigt, dass diese Art von epileptischem Irrsein nicht nothwendiger Weise aus somatischen Anfällen von haut mal oder petit mal hervorgehe, wie *Falret* und Andere annahmen; auch ist das Auftreten desselben nicht immer mit nächtlichen Anfällen verbunden. Solche Geisteszerrüttung und die somatischen Anfälle sind in der That, wie *Billod* vermuthet, verschiedene

---

[1]) Des homicides commis par les Aliénés 1878, pp. 77. 79.

Manifestationen einer einzigen Neurose, welche mit einander abwechseln, oder getrennt von einander vorkommen können.

Meine beschränkte Zeit und der Zweck, den ich vor Augen habe, verbieten mir, diese geistigen Paroxysmen zu beschreiben. Ihre Natur und Bedeutung habe ich in meinen verschiedenen Schriften über epileptisches Irrsein besprochen, wo ich die von mir selbst beobachteten Fälle genau mit den gleichartigen Fällen französischer und englischer Irrenärzte verglichen habe. Durch solche Beobachtungen geleitet, habe ich behauptet, dass Bewusstlosigkeit die hauptsächlichste Erscheinung ist, ohne welche jeder convulsive Paroxysmus nur ein epileptiformer Anfall, oder eine hyperkinetische Erscheinung von verschiedener nosologischer Wichtigkeit ist, je nach der sie begleitenden Gehirnaffection. Man erkennt diese Krämpfe auch an dem Verlaufe und dem schliesslichen Ausgange, da geistige und instinctive Störungen, welche die epileptische Neurose kennzeichnen, hier nicht vorkommen. Ich habe auch versucht, den Antheil hervorzuheben, den die unbewusste Gehirnthätigkeit bei allen psychischen Erscheinungen der Epilepsie hat, von dem einfachen sonderbaren Gefühl der momentanen Anfälle von petit mal an bis zu dem lang anhaltenden Automatismus in den Anfällen des epileptischen Irrseins, mit welchem die Bewusstlosigkeit untrennbar verbunden ist.

Wir haben uns durch das Vorherrschen der geistigen Erscheinungen und durch ungenaue Beobachtung der psychischen Symptome der Epilepsie gewöhnt zu folgern, dass jene ohne merkbare Convulsionen auf jeder Stufe ihrer Entwickelung aufträten. Dr. *Hughlings Jackson* hält es für wahrscheinlich, „dass ein vorübergehender epileptischer Paroxysmus vor jedem Falle von geistigem Automatismus sich einstellt; aber er weiss sehr gut und giebt zu, dass zuweilen keine Zeichen eines vorangegangenen Anfalls entdeckbar sind.“ Dieses Wort hat *Jackson* selbst gebraucht, und nehme ich an, dass es ausdrückt, dass in Wirklichkeit das Gegentheil der Fall ist. Mir ist kein einziger Fall von epileptischem Irrsein vorgekommen, mochte es nun allein, oder von nächtlichen oder Tagesanfällen begleitet auftreten, bei welchem ich nicht deutliche convulsivische Contractionen der Pupillen und Zucken der Augenlider und des Mundes, nicht selten auch ein Beben und geringes Zittern der Arme wahrgenommen hätte. Alle diese zarten motorischen Ausbrüche, welche sich auf die Iris und die von den Nerven der Medulla oblongata innervirten Theile beschränken, pflegen häufiger bei den cataleptischen Formen des epileptischen Irrseins vorzukommen. Sie treten gewöhnlich nach Anfällen von grosser Heftigkeit für eine Minute oder länger, in Zwischenräumen auf, und ich weiss nicht, ob diese oculo-pupillaren Convulsionen nicht auch sogar zu den eigentlichen Anfangserscheinungen des epileptischen Irrseins gehören, wenn dieses ohne directe oder indirecte Verbindung mit convulsiven Anfällen auftritt. Haben diese motorischen Erscheinungen die Bedeutung, die ich ihnen beilege, so ergeben sich als folgerechte Hauptfactoren der epileptischen Neurose Bewusstlosigkeit,

Convulsionen und gestörte Geistesthätigkeit. Dies sind Folgerungen, welche ich aus der klinischen Beobachtung genügend zahlreicher Fälle gemacht habe.

In einer Beziehung weicht das Ergebniss meiner Beobachtungen von den Ansichten des Dr. *Hughlings Jackson* ab, nämlich in Beziehung auf die mit epileptischem Irrsein verbundene Bewusstlosigkeit, oder den geistigen Automatismus, wie er es nennt. Er sagt, „der geistige Automatismus resultirt aus überwiegender Action niederer Nervencentra, durch welche die höchsten oder controlirenden Centra unthätig gemacht werden. Der Automatismus ist in diesen Fällen meiner Ansicht nach nie epileptisch, sondern immer post-epileptisch“ [1]). Die Rechtfertigung der Ansicht des Dr. *Hughlings Jackson* erfordert zunächst den Beweis, dass der geistige Automatismus oder die psychischen Erscheinungen die Folgen der convulsiven Anfälle sind. Es erscheint aber gerade das Gegentheil erwiesen, nämlich, dass diese psychischen Erscheinungen per se Manifestationen der Neurose sind, und dass diese in Verbindung mit den convulsiven Ausbrüchen oder physischen Paroxysmen auftreten können oder nicht. Und wo bliebe der post-epileptische Automatismus in der grossen Anzahl von Fällen, in welchen ein Anfall von epileptischem Irrsein mit unbewusstem Handeln des Patienten als Vorspiel eines terminalen convulsiven Anfalls einen oder mehrere Tage dauert? Wie können wir die Unbeholfenheit und das automatische bewusstlose Handeln, welche den geistigen Zustand des Patienten kennzeichnen und Symptome von petit mal oder von unvollständigen Anfällen sind, post-epileptische Symptome nennen? Ich nehme von den verschiedenen von Dr. *Jackson* analysirten Fällen zwei beliebige heraus, um zu zeigen, dass sie diese Ansichten nicht aufrecht halten. Folgendes ist die Beschreibung eines Anfalles, wie sie ein Patient im Hospital wiederholt hatte:

Ich fühlte Symptome von einem Anfalle und setzte mich, wie ich glaube, auf einen Stuhl gegen die Wand. Hier verliess mich das Bewusstsein. Als ich wieder zur Besinnung kam, waren meine Mutter und mein Bruder da. (man hatte sie holen lassen, denn sie wohnten gegenüber). Meine Schwägerin erzählte mir nachher, dass sie, als sie in die Küche gekommen sei, mich am Tische stehend gefunden hätte, damit beschäftigt, Kakao in einen schmutzigen Topf zu rühren, der halb mit Brod und Milch für die Katze gefüllt gewesen sei. Dieses Gemisch hätte ich mit einem Senflöffel, den ich aus dem Schranke geholt haben muss, umgerührt. Ein anderes Beispiel:

Vor einigen Tagen ging er (der Patient) in das Wohnzimmer, da er die Annäherung eines Anfalls fühlte. Seine Mutter folgte ihm und fand, dass er ein Messer aus seiner Tasche genommen, von welchem er nicht das Heft, sondern die Klinge in der Hand hielt. Sie nahm es weg, machte es zu und legte es hinter den Bücherschrank. Er ging an den Schrank, nahm das Messer und fuchtelte damit in der Luft herum, liess es aber zu. Seine Mutter holte sich Hülfe, und man nahm ihm das Messer ab.

[1]) Op. cit. p. 111.



Es ist klar, dass die automatischen Handlungen in diesen beiden Beispielen gleichzeitig mit dem Anfall waren und dessen Hauptsymptome bildeten. In beiden Fällen ging kein Anfall vorher, welcher den Automatismus post-epileptisch machen konnte. Wenn wir die ganze Reihe der durch epileptische Paroxysmen hervorgerufenen cerebralen Erscheinungen aufmerksam betrachten, so finde ich als post-epileptische Erscheinungen nur Paralyse und Schlaf; denn diese beiden Erscheinungen entstehen durch die Erschöpfung und den Verbrauch der überreizten Nervencentra. Ausserdem habe ich, wie schon erwähnt, bemerkt, dass Anfälle, welchen Schlaf folgt, sehr selten, wenn je von Geistesstörungen begleitet sind; es sind dies beendete Paroxysmen. Anderseits endigt das wirkliche haut mal — nicht die epileptiformen Convulsionen — wenn mit Paralyse verbunden, gewöhnlich mit Schlaf, von welchem der Patient mit der Entdeckung seiner post-epileptischen Paralyse erwacht.

Um diese Skizze über die mannigfachen, mit nächtlichen Anfällen verbundenen Zustände zu vollenden, muss ich mit einigen Worten die ihnen vorangehenden Symptome andeuten. Der beschleunigte und dicrote Puls wurde schon erwähnt. Die weiteren psychischen [1]) Kennzeichen, welche die Anfälle bei meinen Patienten ankündigten, waren: Häufige Zuckungen der Glieder, ein Gefühl allgemeiner Gereiztheit oder Depression, Kopfschmerz, Transpiration des Kopfes und der Arme, hartnäckiges Schluchzen bei einer Frau; bei einer anderen kündigte ein sehr widriger, eigenthümlicher Geruch der Transpiration die Nähe der Anfälle an. Die sensoriellen Erscheinungen sind die häufigsten, besonders aber vor Anfällen, die von Geistesstörungen begleitet sind. Nachträglich füge ich dem, was ich über das verhältnissmässig häufige Auftreten von Hallucinationen schon sagte, noch hinzu, dass Visionen von einer feurigen rothen oder blutigen Farbe beinahe immer bei den Patienten vorkommen.

Walsworth hörte vor seinen nächtlichen Anfällen wiederholt plötzlich „ein Geräusch, wie das eines platt zur Erde fallenden dicken Buches“. Ein anderer Epileptiker im Hospital hörte das Pfeifen und Läuten einer Lokomotive Eine Frau wiederholte öfter am Abend „Lippa, Lippa“. Eine andere versuchte fortwährend sich zu verstecken, ohne zu sprechen; sie war dabei sehr blass und ihr Gesicht trug einen ängstlichen Ausdruck. Ein Junge endlich war, bevor er einschlief, sehr redselig und ungestüm.

Das den nächtlichen Anfällen vorangehende Irrsein unterscheidet sich

---

[1]) Im Texte steht „psychical“. Es scheint daraus hervorzugehen, dass der Verfasser dem Begriffe Psyche eine mir sehr zusagende Ausdehnung giebt, da auch ich, entsprechend der ethymologischen Bedeutung des Wortes Seele, sie als die Lokalisirung des für unser Begreifen Unanfänglichen und Unendlichen bezeichnen möchte; sie ist nichts Gewordenes, sondern das allem Sein zu Grunde liegende wirkende Prinzip, die alleinige „Urkraft“.

Anm. d. Uebersetzers.

von dem, welches ihnen folgt, in keiner Weise. Abgesehen von den psychischen Störungen und Hallucinationen, welche ich angeführt habe, zeigten einige Patienten vor ihren nächtlichen Anfällen eine ungewöhnliche geistige Thätigkeit und intellectuelle Klarheit.

Ein junger Mann, 22 Jahre alt, mit erblicher Prädisposition zum Irrsinn von Seiten der Familie seines Vaters und seiner Mutter, wurde in seiner Kindheit epileptisch und ist jetzt blödsinnig. Am Tage vor seinen Anfällen, die immer Nachts eintreten, zeigt er neben merklicher Geistesklarheit ein gutes Gedächtniss für vergangene Thatsachen, die er mit Lebhaftigkeit und Witz beschreibt. Nach dem Anfalle findet man ihn in seinem gewöhnlichen blödsinnigen Zustande. Hartnäckig strebte er danach, aus dem Hause fortzulaufen und ist zu plötzlicher Heftigkeit sehr geneigt. Kopf und Gaumen zeigen Asymmetrie. Ausserdem ist er Monorchid.

In einigen Schlussbemerkungen über die der nächtlichen Epilepsie zukommende Responsibilität, kann ich nur wiederholen, was ich vor langer Zeit schon über diesen Gegenstand gesagt habe.

Indem ich den Grundsatz feststelle, dass die Verantwortlichkeit nicht von der Kenntniss von Recht und Unrecht abhängt, sondern von dem Vermögen das Rechte zu thun, sehe ich Epileptiker für verbrecherische Handlungen, die sie während des Paroxysmus begehen, als nicht verantwortlich an. Auf der Erkenntniss unserer Gefühle und Handlungen beruht das Bewusstsein, ohne welches jede Verantwortlichkeit aufhört. Dass Epileptiker, sogar bei dem geringsten Auftreten ihrer Anfälle, obgleich sie scheinbar mit Bewusstsein handeln, dennoch keine Erkenntniss ihrer Beziehungen zur Aussenwelt und ihrer Gefühle haben, ist eine unverkennbare Wahrheit.

Die vorgeführten Thatsachen verlangen eine vollständigere Auseinandersetzung, wie ich ihnen in dieser Skizze über die charakteristischen Züge der nächtlichen Epilepsie habe zu Theil werden lassen können. Ich glaube jedoch, dass die angestellten Betrachtungen zu folgenden allgemeinen Schlüssen berechtigen:

Nächtliche epileptische Anfälle kommen häufiger bei Frauen, als bei Männern vor. Sie erscheinen beinahe immer mit am Tage vorkommenden Schwindel, petit mal oder haut mal, wenn nicht mit epileptischem Irrsein.

Die Aetiologie der nächtlichen Epilepsie ist wesentlich encephalisch, und sie kann hauptsächlich erblicher Prädisposition, Kopfwunden, Trunksucht, Syphilis und heftigen Gemüthserschütterungen zugeschrieben werden.

Die nächtliche Incontinentia urinae, das Verwunden der Zunge und der petechienartige Ausschlag im Gesicht und am Halse sind keine constanten Erscheinungen; sind sie aber vorhanden, so haben sie eine unverkennbar pathognomonische Bedeutung.

Der plötzliche Ausbruch heftiger momentaner Verwirrung mitten in der Nacht während des Schlafes oder von Irrsein beim Erwachen am Morgen sind Beweise nächtlicher Epilepsie. Werden ausserdem noch nächtliche Incontinentia urinae, erbliche Prädisposition, verbunden mit merkwürdiger

Eigenthümlichkeit des Charakters und grosser Neigung zu Aerger und rasender Heftigkeit constatirt, so erheben diese Erscheinungen das Vorhandensein von Epilepsie über allen Zweifel.

Die meisten Nachtwandler und Somnambulen sind Personen von nervösem Temperament mit ausgesprochenen Symptomen von irgend einer Neurose. Sie fallen schliesslich unverkennbarer Epilepsie oder Irrsein anheim.

Die Anfälle von Somnambulismus sind selten, wenn je von so kurzer Dauer, wie die nächtlichen epileptischen Anfälle; auch kommen bei ihnen nicht die für letztere charakteristischen schliesslichen Ausbrüche von Heftigkeit vor, während welcher der Patient sich bewegt und spricht. Ebenso fehlt ihnen die Uniformität und das beständige Einerlei der letzteren.

Schreckenerregende, furchtbare Hallucinationen des Gesichts und Gehörs erzeugen und begleiten gewöhnlich die wilde Erregtheit der nächtlichen Anfälle.

Der nächtliche Epileptiker zeigt im Allgemeinen vollständige Amnesie seiner während des Anfalls begangenen Handlungen; aber er bewahrt eine mehr oder weniger lebhafte Erinnerung an seine Wahnvorstellungen, als an ein schreckliches Alpdrücken.

Der nächtliche Epileptiker, welcher wie der Somnambule bewusstlos, automatisch, handelt, kann für ein während des Anfalls begangenes Verbrechen nicht verantwortlich gemacht werden. Er muss jedoch in solchen Fällen für einen der gefährlichsten Irren angesehen werden. Nächtliche, von Paralyse begleitete Anfälle sind frei von gleichzeitigem Irrsein.

Endlich, fleissiges und gründliches Studium der Erscheinungen der nächtlichen Epilepsie bestätigt die Wahrheit von *Trousseau*'s Ausspruch: „Jeder nächtliche Anfall lässt auf Epilepsie schliessen.“

Dr. *A. Meyer.*

Aus Berlin. — Vor der Eröffnung der städtischen Irrenanstalt zu Dalldorf, nunmehr zum 1. Januar 1880 festgestellt, war es nothwendig, mit Rücksicht auf die räumliche Entfernung eine Durchgangs- und Beobachtungsstation für alle diejenigen Geisteskranken und Epileptischen zu errichten, welche gegenwärtig der mit der Direction der städtischen Irren-Verpflegungs-Anstalt verbundenen Arbeitshausverwaltung meist durch die Organe der Polizei mit ärztlichen Attesten überwiesen werden. Unter diesen Eingelieferten, deren Zahl sich vom 1. Sptbr. 1878 bis zum letzten Februar d. J. auf 111 Männer und 42 Frauen, im Ganzen 153 Personen belaufen hat, befindet sich ein grosser Theil blosser Passanten, welche schon in den nächsten Tagen ohne Gefährdung der öffentlichen Sicherheit wieder entlassen werden können. Bei derartigen Personen muss aber ebenso wie bei acuten oder fieberleidenden Kranken eine längere oder kürzere Beobachtung vorausgehen, um festzustellen, ob sie als heilbare Irre einer Heilanstalt zu

überweisen, oder ob sie als zweifellos unheilbar ohne Weiteres in die letztgedachte Anstalt aufzunehmen sind. Es fragte sich daher, wie am zweckmässigsten für solche Kranke gesorgt und zugleich das Interesse der städtischen Verwaltung gewahrt werde. Es wurde vom Magistrat für angemessen erachtet, mit der Direction der Königlichen Charité in Verbindung zu treten, die ohnehin für die hier ortsangehörigen und heilbaren armen Geisteskranken auf eigene Kosten zu sorgen hat. Die Armen-Direction, Abtheilung für die Irren-Verpflegungsanstalt, sprach sich gleichfalls hierfür aus, und der Magistrat hat mit der Charité-Direction ein Uebereinkommen vereinbart, wonach dieselbe sich bereit erklärt, vom 1. October d. J. ab unter Vorbehalt einer beiden Theilen zustehenden sechsmonatlichen Kündigungsfrist, die Irrenabtheilung der Charité als Depot für alle diejenigen Geisteskranken, Deliranten und Epileptische zu etabliren, welche gegenwärtig durch die Organe der Polizei der mit dem Arbeitshause verbundenen städtischen Irren-Verpflegungsanstalt überwiesen werden. Bezüglich der heilbaren und in unserer Stadt domicilirenden armen Geisteskranken bleibt selbstverständlich das Privilegium vom 6. Juni 1835 in bisheriger Weise in Anwendung; damit aber die Ueberführung der dazu geeigneten Kranken aus dem Depot der Charité in die Dalldorfer Anstalt thunlichst schleunig und ohne weitläufige Förmlichkeiten bewirkt werden könne, sind mehrere besondere Festsetzungen vereinbart worden. Der Magistrat hat bei der Versammlung beantragt, der Etablirung eines Depots für die Dalldorfer Irrenanstalt in der Charité unter den zwischen der Charité-Direction und dem Magistrat vereinbarten Bedingungen zuzustimmen. (Voss. Ztg. No. 245 von 1879.)

Die Versammlung stimmte dieser für die psychiatrische Klinik in Berlin so äusserst wichtigen Maassregel zu.

Die Idioten Berlin's. — Die von der Armen-Direction niedergesetzte Sub-Commission hat sich am Mittwoch unter dem Vorsitz des Stadtrathes Gilow versammelt, um über die Errichtung einer Anstalt für idiotische Kinder zu berathen. Nach kurzer Erörterung überzeugte sich die Sub-Commission, dass die Unterbringung der vorhandenen idiotischen Kinder, deren Zahl jetzt 52 beträgt und noch stets steigt, in der bisherigen Weise nicht möglich und statthaft sei. Es soll deshalb vorgeschlagen werden, eine Anstalt für 100 idiotische Kinder zu Dalldorf in der Nähe der Irrenanstalt zu erbauen. Dieselbe soll dadurch in Zusammenhang mit der Irrenanstalt stehen, dass ihre Insassen aus der Küche der Irrenanstalt beköstigt und von den Aerzten der Anstalt ärztlich behandelt werden. Die Armen-Direction wird voraussichtlich in der nächsten Sitzung über die Vorschläge ihrer Sub-Commison Beschluss fassen. (Nat. Ztg. 1879. S. 476.)

Ueber irre Sträflinge in Irrenanstalten — Durch Erlass vom 27. Mai 1840 ist bestimmt, dass nur die während der Strafzeit in einer nicht zur Strafanstalt gehörigen Irrenanstalt zugebrachte Zeit, nicht der Aufenthalt in einer ausserhalb befindlichen Krankenanstalt der Strafzeit zugerechnet wird. Die Straf-Prozess-Ordnung von 1877 enthält eine günstigere Bestimmung auch für die letztgedachten Fälle, und der Minister des Innern hat demzufolge die Gefängniss-Vorstände angewiesen, in allen Fällen, wo die Dauer der noch nicht verbüssten Strafzeit von der Einrechnung eines vor dem 1. October stattgehabten Aufenthalts in einer Krankenanstalt noch abhängt, die Entscheidung der betr. Gerichte über den Entlassungstermin einzuholen. (Voss. Ztg. No. 269 von 1879.)

Personal-Nachrichten.

Dr. *Löchner*, 2. Arzt der Kreis-Irrenanstalt Klingenmünster, ist zum Director derselben Anstalt,

Dr. *Forel*, 2. Arzt der Kreis-Irrenanstalt zu München, zum Director der Irrenanstalt Burghölzli und Prof. der Psychiatrie zu Zürich,

Dr. *Otto Weller* zum Director der Cant. Irrenanstalt St. Pirminsberg,

Dr. *von Massenbach*, Reg.-Med.-Rath und dirig. Arzt der Irrenabtheilung zu Siegmaringen zum Reg.-Med.-Rath zu Cöslin,

Dr. *R. Schroeter* zum Oberarzt der neuen städtischen Irrenanstalt in Dalldorf bei Berlin,

Dr. *Fr. Roth*, Bezirksarzt, zum Oberarzt der Local-Irrenanstalt St. Getreu bei Bamberg ernannt worden.

Dr. *Weyert*, Director der Prov.-Irrenanstalt zu Owinsk, hat den Charakter als Sanitätsrath erhalten.

Dr. *Eberhard Peters*, Director der Privatheilanstalt in Kessenich bei Bonn, ist am 28. Juli gestorben.

Beitrag zur Lehre von der primären Verrücktheit.

Von

Director Dr. J. L. A. Koch,
in Zwiefalten.

Es handelt sich heutzutage nicht mehr darum, der Verrücktheit als einer nicht aus anderen primären Psychosen hervorgehenden, sondern gleich ihnen primären, in allweg wohl charakterisirten Krankheitsform das Wort zu reden, Beweise anzutreten für die Existenz von Dingen, welche Niemand mehr bezweifelt, seit *Snell, Westphal* u. Andere eine ältere Lehre auf's Neue gefunden und in bedeutsamer Weise erweitert und präcisirt haben. Wohl aber ist im einzelnen noch Manches festzustellen, und sind speciell die Varietäten der primären Verrücktheit näher zu erforschen und abzugrenzen. Auf solche Specialformen einzugehen, ist übrigens heute nicht meine Absicht, wo ich vielmehr einige Punkte besprechen möchte, die für's Allgemeine oder doch für grössere Theile des Gebiets primärer Verrücktheit Geltung haben, welchen man aber bisher keine oder zu wenig Beachtung geschenkt hat.

Man hebt besonders hervor, dass nicht aus einem melancholischen oder maniakalischen Vorstadium heraus und nicht auf Grund von Stimmungen und Gefühlen die Erscheinungen primärer Verrücktheit sich entwickeln. Letzteres kann oft anders zu sein s c h e i n e n, wenn hereinbrechende oder sich anbahnende krankhafte Vorstellungen secundär Gefühle und Stimmungen auslösen, die etwa vor jenen oder stärker als sie in die Augen fallen, oder wenn mit einer relativen Selbständigkeit und Prävalenz länger oder kürzer dauernde krankhafte

Stimmungen neben den übrigen Erscheinungen hergehen und nun von zwei Dingen, die selbst in keinem ursächlichen Verhältniss zu einander stehen, doch das eine irrigerweise als Ursache für das andere genommen werden möchte.

Die sogenannten Verstimmungen, obgleich sie im übrigen auf den eigentlichsten Charakter und die Entwickelung der Krankheit ganz ohne Einfluss bleiben, treten übrigens bisweilen, und namentlich auch im Anfang, mit recht lebhafter Stärke auf, und es kommt in concreto, und wie mir scheinen will, häufiger beim weiblichen Geschlecht, manchmal ein Zustand vor, der für sich betrachtet mit Rücksicht auf das Verhalten der Gefühle des Kranken, die bei ihm auftretende Angst u. s. w. recht wohl mit Melancholie verwechselt werden könnte, und dies namentlich dann, wenn auch noch ein scheinbarer Kleinheitswahn dabei ist. Ich denke in letzterer Hinsicht zunächst nicht an die, besonders bei abortiven Verrücktheiten gar nicht selten vorkommenden Zustände, wobei sich der Kranke in der hypothetischen Art, welche die abortive Verrücktheit vielfach kennzeichnet [1]), Gewissensbisse macht wegen Begehungen oder Unterlassungen (meist von Lappalien), die möglicherweise Unglück für ihn oder Andere bringen könnten, und ohnehin oft eine sehr hochmüthige Stimmung dahintersteht, auch nicht an die Annahme, dass man mit Selbstverschuldung bei seinem Glücke nicht zugelangt habe, oder an die namentlich bei weiblichen Kranken auftretende Vorstellung, Andere seien zu gut gegen sie gewesen, z. B. man habe sie zu viel erben lassen, sondern ich habe dabei Fälle im Auge, wo neben starken und entsprechenden Affecten, Angst u. s. w., die bisweilen fast plötzlich in ihrer ganzen Höhe hereinfallen, der Kranke sich im allgemeinen für einen Sünder und verdammt hält oder glaubt, dass er viele specielle, wenn auch nicht genannte Unthaten begangen habe und etwa deswegen demnächst grausam hingerichtet werden solle. Bei solchen pseudomelancholischen Zuständen könnte man wie gesagt unter Umständen im Augenblick über die Diagnose im

[1]) Uebrigens auch die bestimmte Specialform einer anderweitigen ausgesprochenen Psychose significirt, worauf näher einzugehen hier nicht der Ort ist.

Zweifel sein, namentlich wenn man über die Vergangenheit des Kranken nicht unterrichtet ist, aber man vernimmt im ersteren Falle zugleich die Aeusserung des Kranken, dass auch alle anderen Menschen so grosse Sünder und verdammt seien, und es steht dabei nicht lange an, so ist der Kranke für seine Sünden fertig und für die Anderen der Messias, und im zweiten Falle spricht wohl der Kranke neben dem ängstlichen Jammern die zuversichtliche Gewissheit aus, dass dann sofort nach der schrecklichen Execution ein Engel vom Himmel kommen und ihn vom Schaffot herabholen werde, oder auch wird morgen der ganze angstvolle Zustand, in dem sich der Kranke befand, von ihm als ein Bann der Feinde aufgefasst. Sodann charakterisirt im allgemeinen diese pseudomelancholischen Zustände doch der Umstand, dass der scheinbare Kleinheitswahn mehr ein Element des Misstrauens nach aussen oder innen, als des alleinigen und schlechthinigen Gefühls eigener Unwürdigkeit enthält.

Ich habe der gebräuchlichen und in einem gewissen Sinn ganz richtigen Auffassung gemäss von der Stimmung ausgesagt, dass sie nicht primär leide und dass ihre wie immer motivirten Alterationen auf die Entwickelung der Krankheit ohne weiteren Einfluss bleiben. Nun sind aber bei Nichts die Auffassungen und Bezeichnungen so verschieden und zum Theil so durchaus unklar, wie bezüglich dessen, was unter Stimmung zu verstehen ist. Und je nachdem man die Sache präcisirt, könnte man für bestimmte Fälle wohl die Frage erheben, ob nicht die Verrücktheit aus pathologisch getroffener Stimmung, die dann als hochmüthige, misstrauische, reizbare u. s. w. erscheinen könnte, weiterhin hervorgegangen sei. Um auf solche und ähnliche Fragen die richtige Antwort geben zu können, ist es da und dort nöthig, dass die Psychiatrie ihre empirischen psychologischen Begriffe, ehe sie mit denselben operirt, vorher genauer feststelle, als es bisher geschehen ist, damit man wenigstens wisse, welche Begriffe jeweils mit den einzelnen Worten gedeckt werden sollen. In dieser Richtung muss ich Einiges über die uns hier beschäftigende Frage per parenthesin beibringen.

Ich schicke, ehe ich auf die Stimmung zu reden komme,

Einiges über die Gefühle voraus. — Man wird sagen können, dass der erwachsene Mensch bei jedem in seiner näheren oder entfernteren Wirkung in's Bewusstsein fallenden Geschehen in seinem Gehirn, physiologischem oder pathologischem, und vor allem beim Wechsel des Geschehens und Zustandes im Hirn sich von einer Art Indifferenzpunkt aus in mehr oder weniger starkem Grade angenehm oder unangenehm berührt fühlt. (Ich weiss keinen besseren Ausdruck, bediene mich aber wenigstens der noch weiter gehenden Worte Lust und Unlust deshalb nicht, weil es sich hier zunächst nicht um genetische Untersuchungen handelt und ich jedenfalls erkenntnisstheoretische Auffassungen entschieden ablehnen möchte.) Solches sich angenehm oder unangenehm Berührtfühlen könnte man die reinen psychischen Gefühle, auch die psychischen Grundgefühle nennen. Diese Gefühle und das Empfinden der von sensiblen Nerven irgend welcher Art zugeführten Reize müssen scharf von einander getrennt werden. Es giebt eine Reihe von Empfindungsqualitäten, Körpergefühlen u. s. w., aber es sind eben immer sinnliche Empfindungen verschiedener Art, welche nun dem Ich angenehm oder unangenehm sein können. Das durch zugeführte Reize im Hirn ausgelöste Geschehen ist eine der Quellen für die reinen psychischen Gefühle. Das concrete Ich reiht eben darnach, wie sie im einzelnen Falle ihm angenehm oder unangenehm sind, also nach dem begleitenden Grundgefühl, dem reinen psychischen Gefühl, die sinnlichen Empfindungen wie Anderes, Vorstellungen und Strebungen für seine Person jeweils in eine der zwei Klassen ein. — Weiterhin wird feststehen, dass die sogenannten psychischen Functionen sich erscheinungsmässig unter dreifachem Modus, in dreifacher Aeusserungsweise darstellen, welche man mit Fühlen — dies hier natürlich inclusive des sinnlichen Empfindens —, Wollen und Vorstellen bezeichnet, und wobei man nur beileibe nicht an gesonderte Seelenvermögen denken darf. Solche gibt es nicht, und ich betone mit *Rümelin* und *Wundt*, dass man überhaupt nicht einseitig nur denken oder nur fühlen oder nur streben kann. Bei jedem Vorstellen, jedem Empfinden, jedem Wollen, wenn es auch noch so isolirt in die Erscheinung zu treten scheint, sind entweder die beiden anderen dieser inneren

Vorgänge schon von Haus aus, sei es als Movens, sei es in anderer Weise eingeschlossen, oder es klingen zum mindesten leise Erinnerungs- und Einbildungsbilder von ihrer Seite sofort mit. Demnach glaube ich nicht, dass die Erfahrung je Anhaltspunkte geben kann dafür, dass wir ein Grundgefühl haben können, ohne dass Vorstellungen, Empfindungen, Strebungen irgend welcher Art mit dabei sind, Vorstellungen u. s. w., welche entweder die Grundgefühle veranlasst haben und jetzt in ihrer Gegenwärtigkeit oder als Erinnerungsbilder ausschliesslich oder vorzugsweise mit ihnen da sind, oder weiterhin durch Associationen oder auch von aussen her mit ihnen oder neben ihnen erweckt wurden. Und nun scheint mir, dass, indem mitschwingende dunklere oder klarere, schwächere oder stärkere, primäre oder nun auch secundäre Empfindungen, Vorstellungen und Strebungen positiver oder negativer Art mit in die Grundgefühle eingehen, in unserem Bewusstsein zugleich mit gegenwärtig sind, eben dadurch diese Grundgefühle jeweils ein besonderes Gepräge, ihren Inhalt, Ton und Charakter bekommen, und auf diese Weise die Mannigfaltigkeit der Einzelgefühle bedingt wird, in welchen mehr oder weniger klar gedacht, empfunden u. s. w. dann eben Dinge eingeschlossen sind, welche ihrem Grundwesen nach Gefühle nicht genannt werden können, sondern nur figürlich, wie man etwa von Vorstellungen sagt: ich fühle Etwas mehr, als dass ich's klar aussprechen könnte. Auch nur wegen des Eingeschlossenseins von Vorstellungen und Strebungen in den Specialgefühlen kann man z. B. von „Veredlung der Gefühle“ reden. Dass aber die Specialgefühle in meinem Sinn sehr zusammengesetzt (complicirte Gesammtgefühle) sein können, ist einleuchtend, ebenso, dass es auch alternirende und Mischformen geben kann, die dann wiederum zu eigenartigen Specialgesammtgefühlen führen.

Was nun die Stimmung betrifft, so haben wir zunächst eine anatomisch-physiologische Grundlage derselben in der anatomischen Lage, den Ernährungsverhältnissen u. s. w., kurz dem ganzen jeweiligen Zustand des Gehirns und der durch ihn bedingten Art des Ablaufs seiner Processe. Mit dieser Art des Ablaufs der Hirnfunctionen ist jedoch die Sache nicht, wie man manchmal meint, schon erschöpft, sofern damit je

eigentlich erst ein blos äusserliches und formales Princip gewonnen ist. Durch die Art der Hirnlage wird aber weiterhin der Grundton für unsere subjective Stimmung angegeben und bestimmt, und für das Bild, unter welchem dem Nebenmenschen unsere Stimmung erscheint und nach welchem er wohl auch sein Verhalten zu uns berechnet. Nur darf man die Sache nicht so formuliren, dass man, wie es unlängst geschehen ist, sagt, die Stimmung sei das Wahrnehmen eines Zustandes des Gehirns; denn dieses Wahrnehmen wird schwer auszuführen sein und dürfte immer noch nicht wohl als Stimmung verzollt werden, welche es vielmehr erst wieder secundär, etwa durch einen Erkenntnissprocess hindurch, zur Folge haben könnte. Die Art, wie das Hirn vermöge seiner ganzen jeweiligen Beschaffenheit functionirt und reagirt, bestimmt in seiner Folge den Grundton, den Charakter, welchen unser ganzes von innen oder aussen her veranlasstes psychisches Geschehen annimmt, hat seinen Einfluss z. B. auf das Auftreten und Ausgelöstwerden und die allgemeine Qualität von Gefühlen, Vorstellungen, Strebungen, ist maassgebend für die Reactionen unserer geistigen Aeusserungsweisen auf einander, unsere subjective Stellung zu den Dingen und so fort. Nach diesem Grundton bestimmen sich die grossen Gruppen der Stimmungen, während deren Species dann zu benennen sind nach dem vorhandenen concreten psychischen Geschehen, dem Inhalt der Vorstellungen, Strebungen u. s. w., seien diese nun direct durch die ganze Hirnlage und durch Associationen gegeben oder inhaltlich wenigstens mehr von aussen her bedingt.

Man kann sagen, dass der Mensch nie ohne eine bestimmte Stimmung ist. Die uns normale Stimmung aber, die durch den alltäglichen Hirnzustand bedingte Art, in der unser geistiges Geschehen sich gewöhnlich zu vollziehen pflegt, wird oft gar nicht als besondere Stimmung genommen, höchstens sagt man gelegentlich bei Solchen, deren bezügliche Art des Functionirens des Gehirns überhaupt etwas Prägnantes hat, dass sie in ihrer gewöhnlichen Stimmung sind. Nun giebt es aber auch andere Stimmungen als die gewöhnlichen. Unter dem Einfluss von Erlebnissen, Vorstellungen, Gefühlen, überhaupt von psychischem Geschehen in uns, sodann auf Aenderungen in

der Ernährung oder der Zusammensetzung des Gehirns, physiologischen oder pathologischen, ändert sich mehr oder weniger die Art des Ablaufs der Functionen desselben und damit unsere Stimmung; doch nicht so, dass jeder Einfluss zu einer Aenderung der vorhandenen Stimmung hinreichend wäre, deren Motive eben oft stärker sind als die des neu eintretenden Moments. (Man denke z. B. an Märtyrer, welche trotz sehr starker, unangenehmer und schmerzhafter Gefühle doch eine sehr gute Stimmung behalten können.) — Bleiben wir zunächst beim Physiologischen stehen und erinnern wir uns, dass jede Aenderung im Gehirn, die in ihrer directen oder indirecten Wirkung in's Bewusstsein fällt, sei diese Aenderung auch nur bessere oder schlechtere Ernährung, nicht eintritt ohne schwächere oder stärkere Gefühle auszulösen, denken wir ferner daran, dass sich die Gefühle dem Subject immer am meisten aufdrängen, für dasselbe, und wegen ihres Einflusses auf das Handeln auch für die Umgebung, das Wichtigste sind, dass man deshalb im gewöhnlichen Leben nicht gern von Stimmung redet, wenn es nicht eine solche ist, bei welcher lebhaftere Gefühle vorhanden sind, so bekommen wir zunächst einmal Stimmungen, bei deren Beurtheilung uns die in dieselben eingeschlossenen Gefühle von besonderer Wichtigkeit sind, und zwar entsprechend der oben beleuchteten zweifachen Grundart der Gefühle zwei specielle Stimmungen, oder richtiger, wie ich betone, zwei Arten, zwei Gruppen von Stimmungen. In diesen zwei Gruppen freudiger oder trauriger Stimmungen — oder wie man sie, etwa auch nach dem verschiedenen Standpunkt des Beschauers, nennen will — bestimmen sich die Unterarten dann wieder nach dem concreten Inhalt der vorhandenen Empfindungen, Vorstellungen und Strebungen, und so mag man dann nicht blos z. B. von muthiger, sondern selbst von „religiöser" Stimmung u. dergl. sprechen, wenn man nur nicht vergisst, dass religiöse Gedanken keine Stimmung sind, sondern dass diese nur den concreten Anstrich hergeben für eine Stimmung, bei der die Art des Ablaufs der Processe im Gehirn und ihre Wirkung auf das Ich den Untergrund bilden. Diese durch eine gewisse Stärke ihrer Gefühle, ebensosehr aber auch durch die verhältnissmässige Einfachheit und

Andauer ihrer Specialgefühle ausgezeichneten Stimmungen, die starken Stimmungen, wie man sie kurz nennen könnte, sind fernerhin noch besonders charakterisirt durch etwas Harmonisches, das ihnen innewohnt. Es scheinen alle diejenigen Gehirnfunctionen, welche dabei in Betracht kommen, mit einer gleichmässig vermehrten oder verminderten Leichtigkeit, Stärke u. s. w. zu verlaufen. Man hat z. B. — etwa bei leichtem harmonischem Ablauf der Hirnprocesse — angenehme Gefühle, man hat aber dabei auch einen leichten Fluss und eine entsprechende Art der Vorstellungen, auf dem motorischen Gebiet ist Lebendigkeit, man singt, pfeift, macht allerlei Bewegungen u. s. w. Solche Stimmungen sind nicht Exaltation und beziehungsweise Depression, aber sie können diese zur phänomenalen Folge haben. Nun gibt es aber auch Hirnlagen und Stimmungen, auf welche sich das bisher Gesagte weniger anwenden lässt. Man findet deshalb, wo bei wissenschaftlichen Darstellungen zuvörderst einfach zwei Stimmungen unterschieden werden, die heitere und die traurige oder wie man sie bezeichnen mag, häufig noch eine dritte abgetrennt, gewöhnlich die zornige, und sie wieder mit besonderer physiologischer Begründung, doch aber so, dass man bei der Formulirung, die gewählt wird, gewöhnlich nicht einzusehen vermag, warum man mit gleichem Recht nicht auch noch eine vierte, fünfte u. s. w. Stimmung aufstellt. — Rücken wir der Sache näher, so können wir uns leicht denken, dass den Stimmungen gegenüber, bei denen mehr oder weniger vollständig die angeführte Harmonie im Hirnzustand supponirt werden darf — etwas Hypothetisches haben diese Sachen ja immer noch, auch wo sie noch so plausibel erscheinen — es auch Stimmungen gibt, bei denen eine solche Harmonie, oder sagen wir doch wenigstens Uebereinstimmung in den Hirnfunctionen und in der subjectiven Seite der Stimmung nicht vorhanden ist, wo das Hirn in den einzelnen der betreffenden Parthien ungleich oder vielleicht auch, wo es unregelmässig functionirt. Damit hätte man wieder eine andere, und wie ich glaube letzte, Gruppe von Stimmungen, deren einzelne Componenten bei der Analyse übrigens wieder auf solche der starken Stimmungen, wenn auch ohne weiteren Nutzen, zurückgeführt werden können. Auch solche Stimmungen

gehen selbstverständlich nicht ohne Gefühle einher, aber diese sind bei einem Theil derselben weniger lebhaft ausgesprochen, was oft eine Anlehnung an die gewöhnliche Stimmung bedingt, ja sie sind gar nicht selten an sich sehr wenig lebhaft, wo man solches, irregeführt durch die Leichtigkeit, mit welcher sie in den betreffenden Fällen starke motorische Reflexe auslösen, gar nicht ahnt, und auch stärker und sogar sehr stark ausgesprochene Gefühle sind doch durchschnittlich weniger maassgebend für die ganze Situation, die Specialgefühle oft weniger einfach und durchsichtig und sie wechseln wohl auch mehr. Diese Stimmungen sind nach der eben durch den Zustand des Gehirns bedingten Art des Ablaufs seiner Processe, namentlich auch der motorischen, speciell der reflectorischen, und nach der Beimischung psychischen Geschehens, welche sie zu concreten Specialstimmungen machen, der Art, dass man von unbehaglicher, verdriesslicher, ärgerlicher, widerwärtiger, gereizter, zorniger u. s. w. Stimmung redet, wo allerlei Strebungen, das Ausgelöstwerden solcher durch Gefühle u. s. w. nicht durch ein starkes und entsprechendes Vorstellungsleben im Zaum gehalten werden. Solche Stimmungen mit den verschiedenen Unterarten möchte ich eben deshalb, weil man bei ihnen nicht die gleiche Kraft und den gleichwerthigen Verlauf der Functionen in den einzelnen Hirnparthien annehmen kann, als Verstimmung bezeichnen, und nur für sie diesen Namen reserviren. Es ist mir sehr wahrscheinlich, dass zu den Verstimmungen z. B. auch die misstrauische und die hochmüthige Stimmung gehört, so weit man da in concreto von Stimmung und nicht besser von Charakter redet, zu dessen ihn auszeichnenden, beziehungsweise constituirenden Eigenschaften selbstverständlich auch die Prävalenz bestimmter Stimmungen gehören kann, so dass man oft die entsprechenden Bezeichnungen auf den Charakter anwendet, wo diesem eben von Haus aus gewisse Stimmungen oder Verstimmungen sein Hauptgepräge geben. — Selbstverständlich gibt es Uebergänge von Stimmungen zu Verstimmungen, auch ein episodisches Vorkommen der einen in den anderen, ein secundäres Auftreten lebhafter und einfacher Gefühle in den Verstimmungen u. s. w. Den anatomisch-physiologischen Mechanismus der Verstim-

mungen aber, gewiss wenigstens einer sehr grossen Gruppe derselben, kann man im Detail nur verstehen unter entsprechender Verwerthung und Beiziehung der ausserordentlich feinen und überzeugenden generellen Auseinandersetzungen, welche *Meynert* bezüglich der tieferen Auffassung der primären Verrücktheit, ausgehend von der sogenannten reizbaren Schwäche und den über sie schon vorhandenen Anschauungen, im 7. Jahrgang des Psychiatrischen Centralblatts niedergelegt hat.

Wenn man nun den Begriff der Stimmung in dem vorgetragenen Sinne nimmt, so ist die organische Stellung und die Tragweite der Gefühle innerhalb derselben nicht verkannt, wird aber auch den Gefühlen, welche ja die Ursache von Stimmungen sein können, wie umgekehrt, diejenige selbständige Bedeutung gewahrt, welche ihnen sonst wieder zukommt, und sind beide, Gefühle und Stimmungen, des übrigen in anderer Weise unterschieden als nur mittelst des Maassstabes der Stärke und Zeitdauer, welcher oft nicht einmal wirkliche Unterschiede ergibt. Nimmt man aber die Stimmung in dem vorgetragenen Sinne, so ist zugleich evident, dass in diesem Sinne die Grundlage und den Ausgangspunkt auch bei der primären Verrücktheit in speciellen Fällen eine Stimmung, und zwar eine Verstimmung bildet. Deshalb besteht aber doch auch hierin zwischen Melancholie und Manie einerseits und primärer Verrücktheit andererseits eine ganz wesentliche Differenz. Um aber durch nicht ganz correct gebrauchte Ausdrücke nicht Missverständnisse zu erwecken und einzuführen, dürfte es sich vielleicht, wenn es sich nun um pathologische Stimmungen und complicirte Krankheitsbilder handelt, empfehlen, dass man zur Markirung gewisser Unterschiede im klinischen Bilde die ganze Sache etwas anders formulirt, die Stimmung zunächst aus dem Spiel lässt, und bei echter Melancholie u. s. w. den Nachdruck blos darauf legt, dass dort die Gefühle — wenn auch von einer starken Stimmung ausgelöste und mit ihr im Zusammenhang bleibende Gefühle — es sind, welche sich von Anfang an in den Vordergrund der Scene drängen, für deren Specialgepräge und in psychologischer Folge, für auf dem Wege der zum Theil schon anklingenden Associationen und der Logik entstehende Vor-

stellungen u. s. w. maassgebend und veranlassend sind, mag dann im übrigen aus gleicher oder anderer als der für die Gefühle geltenden Ursache psychisch und somatisch geschehen, was da will; während dem gegenüber bei der primären Verrücktheit die Gefühle bei der Entstehung der Krankheit und später oft sehr schwach, jedenfalls für diese und für die Weiterentwickelung der Sache ganz irrelevant sind, der Kranke seinen Maassstab aus den Vorstellungen und nicht aus den Gefühlen schöpft (der deshalb auch nicht überall so durchaus überwuchert), der Hauptschwerpunkt in dem liegt, was im Vorstellungsleben, speciell im Vorderhirn vor sich geht, vielleicht richtiger gesagt, nicht vor sich geht, wenn ich dabei auch noch nicht unbedingt die Sache mit einem Versagen des im übrigen regulär wirksamen logischen Apparats den Wahnideen gegenüber für ganz erschöpfend erklärt halten möchte. Eine Schwäche im Vorderhirn möchte ich mit *Meynert* unbedingt annehmen; es macht mir aber Bedenken, dass der logische Apparat bei den primär Verrückten den Wahnvorstellungen gegenüber keineswegs immer unzureichend ist. Der Kranke gibt zum mindesten die Unannehmbarkeit einer Vorstellung für das logische Denken gar nicht selten zu, sagt nur, es sei eben doch so, wechselt aber immerhin darauf vielleicht den concreten Inhalt des Wahns. Ich meine, den Mangel an Ueberzeugungskraft der logischen Processe, welche, sofern sie formale sind, eine Intensitätssteigerung nicht zulassen, die Insufficienz des Subjects gegenüber den Vorstellungen, die Thatsache, dass der Kranke die Logik auf seine Wahnvorstellungen oft gar nicht anwenden will, den Mangel an Besonnenheit und Anderes zu erklären, werde man wohl noch andere Functionsabweichungen, namentlich auf der Seite des Wollens und Fühlens herbeiziehen müssen. Doch möchte ich mich hierin bescheiden und nicht mehr thun, als weitere Prüfung und Verificirung der Sache für nothwendig halten.

Nach dem Gesagten ist auch die hypochondrische Verstimmung aufzufassen, mit welcher sich die Verrücktheit oft einleitet, und bezüglich deren Verständnisse der Localisation gegenwärtig *Meynert's* Ausführungen Nichts hinzugefügt werden kann. Es ist also auch dann, wenn aus ihr heraus die Ver-

rücktheit des weiteren sich entwickelt, die eigentliche materia peccans nicht in den in diese Verstimmung eingehenden Empfindungen und durch sie hervorgerufenen Gefühlen, beziehungsweise den zuführenden Trägern der Sensationen zu suchen; mag dann im Detail das Verhältniss zwischen einzelnen Gefühlen und Vorstellungen bezüglich der Priorität noch sein, welches es will. — Wenn auch wie andere Male etwa Gehörstäuschungen, so oft krankhafte Sensationen u. s. w. das Erste sind, so würden doch zunächst weder die einen noch die anderen weiterführen, beziehungsweise in ihrer wahren Natur unerkannt bleiben, ja oft eigentlich nur haben eintreten können, wenn es nicht eben viel mehr wo anders fehlen würde; denn an sich hat auch das ordinäre Zeugniss der Sinne, und namentlich einzelner Sinne für sich allein, unserem Verstande und logischen Vermögen gegenüber keineswegs die unbesiegbare und über alle Zweifel und Anfechtung erhebende Gewissheitswirkung, welche man ihm landläufigerweise zuschreibt; die Evidenz wird wenigstens bei einigermaassen geschulten Hirnen nicht bewirkt durch die blosse sinnliche Leistung, über welche wir vielmehr Controle zu üben gewohnt sind.

Die weitere Würdigung initialer Hypochondrie nach ihrer klinischen Erscheinung und Bedeutung kann mit Rücksicht auf das, was in der Literatur hierüber schon vorliegt, zunächst nicht mehr in Frage kommen. Getrennt von ihr sind ja die Fälle, in welchen ohne falsche Aus- und Umdeutung blos wirkliche körperliche Leiden voraufgehen, und zwar wie bekannt namentlich Schlaflosigkeit und Verdauungsbeschwerden, in manchen Fällen sehr auffallend auch ein geröthetes Gesicht, das Manche auch später nicht verlässt, bei Anderen namentlich nach dem Genuss geistiger Getränke auftritt. — Ich möchte es nun aber der, wenn ich so sagen darf, Hypochondrie mit somatischer Richtung im Grundwesen und nach dem Mechanismus des Zustandekommens gleichstellen, wenn als eine Hypochondrie mit psychischer Richtung den stärkeren Krankheitserscheinungen das bekannte mehr allgemein oder mehr concret sich äussernde Misstrauen vorausgeht, die Leute meinen es nicht gut mit dem Kranken, man suche ihn eben zu schädigen u. s. w. Solche Hypochondrie mit psychischer

Richtung kommt auch unabhängig von anderweitiger Hypochondrie und ohne Verbindung mit solcher vor. Zu ihr stelle ich auch die Erscheinung, welche namentlich im Beginn der primären Verrücktheit, noch häufiger aber bei abortiver Verrücktheit vorkommt, wo der Betreffende eine unbestimmte oder bestimmtere Besorgniss hat, er möchte ein Unglück anstellen oder angestellt haben, und es könnten nun für ihn, wenn auch eigentlich mit Unrecht und als Unglück, oder für andere Unschuldige schlimme Folgen daraus entstehen. In dieser Richtung sind namentlich die abortiv Verrückten oft wunderbar erfinderisch an seltsamen Combinationen und hypothetisch fundamentirten Aufstellungen.

Die nun schon öfter hervorgehobene Thatsache, dass die Gefühle nicht von Einfluss auf die Entwickelung und den Gang der Krankheit sind, führt mich noch auf eine weitere und andere Seite der Sache, nämlich darauf, dass nicht ganz wenige Fälle von Verrücktheit, und dies oft von vorn herein und wo man nicht im gewöhnlichen Sinne von psychischer Schwäche reden kann, dadurch ausgezeichnet sind, dass bei ihnen die secundär entstehenden Gefühle ihrer Stärke nach nicht im richtigen Verhältniss zu den Vorstellungen stehen, dass sie diese mit einer geringeren Stärke begleiten oder von ihnen in geringerer Stärke ausgelöst werden, als man normalmässig erwarten sollte, beziehungsweise dass sie zugleich oder an sich nicht die richtige Ausdauer haben. — Hierher gehört auch ein Factum, welches sich bei einer gewissen Klasse abortiv Verrückter gar nicht selten beobachten lässt. Es sind in derselben Individuen, welchen sich Zwangsvorstellungen z. B. des Inhalts aufdrängen, sie hätten vielleicht ein rasch bei ihnen aufgetauchtes Schimpfwort einem Frauenzimmer laut zugerufen, sie hätten die ehrenrührigen oder schädigenden Gedanken über höherstehende oder ihnen liebe Personen, Gedanken, welche sich ihnen wider ihren Willen und gerade bei der unangenehmsten Gelegenheit aufgedrängt haben, in der Gesellschaft, obgleich sie's nicht wollten, höchst wahrscheinlich wirklich auch ausgesprochen, sie hätten möglicherweise Etwas versäumt und sollten es nun wieder gut machen, damit es nicht unter dieser und jener Voraussetzung dies und

das schade [1]). Solche Personen sehen das Fremdartige und Sinnlose der ganzen Sache und das Unrichtige und Krankhafte des einzelnen Falles ein oder fühlen es wenigstens, aber sie machen sich doch oft eine Art Vorwürfe darüber, dass sie Dies oder Das nicht wieder gut gemacht, nicht noch einmal nachgesehen haben u. dergl., und fürchten, wenn ihnen wirklich das Eine oder Andere passirt sei — und es werde am Ende diesmal wohl in der That sich zugetragen haben —, so können die unangenehmsten Folgen für sie und namentlich auch für Andere daraus entstehen, vielleicht selbst ihr und der Ihrigen Lebensglück vernichtet werden. Solche, wenn auch eigentlich nur mit Möglichkeiten operirende Vorstellungen können secundär, und entgegen manchen anderen Zuständen abortiver Verrücktheit wegen ihres Inhalts, von den lebhaftesten Gefühlen, von Regungen grosser Unlust, Sorge u. s. w. gefolgt sein. Allein, Sorge und Alles verschwindet oft rascher als von heute auf morgen, und wie es scheint gar nicht blos deshalb, weil der Betreffende an die Wahrheit des ihm durch die Zwangsvorstellungen Zugeführten auch im schlimmsten Fall doch nicht so recht glaubt (ein Zug, der auch bei manchen Verrückten den Wahnvorstellungen gegenüber im eigentlichsten Grund der Ueberzeugung vorkommt), sondern weil die Vorstellungen nicht aus den Gefühlen geboren sind und die secundär ausgelösten Gefühle, hätten sie selbst einmal eine richtige Höhe, doch jedenfalls der entsprechenden Ausdauer an sich ermangeln, von den Vorstellungen doch eigentlich, und auch nur relativ, nicht recht und intim genug getroffen und ausgelöst wurden. Nicht selten geschieht es, dass hergehörige Zwangsvorstellungen, welche richtig erkannt, aber sammt den ausgelösten Gefühlen nicht überwunden werden, mit diesen nicht sowohl nur jenem einfachen Vergessenwerden anheimfallen, sondern dass dieselben der nächste ähnliche Fall in einer bestimmten Weise verdrängt und gleichsam übertrumpft. Jetzt hat das Frühere durch den Contrast des Gegenwärtigen, welches schlimmer erscheint, in seiner Bedeutung verloren, und namentlich ist es

---

[1]) Sie sollten z. B. einem Laute nachgehen, der vielleicht ein Hülferuf hätte sein können, einen halbzertretenen Käfer vollends tödten u. s. w.

jetzt ganz gewiss, dass im früheren Fall die Sache blos eine Meinung, eine thörichte und grundlose Befürchtung war. — Ich füge an, dass ich in meiner Privatpraxis einzelne seltene Fälle solcher und ähnlicher, sonst oft viele Jahre lang ganz unveränderter, höchstens milder werdender, abortiver Verrücktheit in ausgesprochene, charakteristischer Momente nicht entbehrende Psychose habe übergehen, davon aber auch fast alle wieder genesen sehen.

Wenn ich mich nun zu den krankhaften Vorstellungen der primär Verrückten noch specieller wende, so möchte ich dabei doch nur einen einzigen Punkt besprechen, oder eigentlich mehr eine Frage vorbringen. — Man wird mit Recht annehmen, dass es infracorticale Centren giebt, welche eine coordinirende Thätigkeit bezüglich der einzelnen Elemente der Empfindungen, die von aussen hereinkommen, ausüben und sie in geordneter, zu sinnlichen Wahrnehmungsvorstellungen vorbereiteter Weise an die Rinde weitergeben, ferner derartige Coordinationscentren bezüglich der Willensimpulse, natürlich mit umgekehrtem Verhalten im einzelnen. So möchte ich nun auch glauben, dass wenigstens für einen Theil selbst solcher Vorstellungen, von welchen man sonst annehmen möchte, dass der Ort, wo sie entstehen oder von wo aus sie eingeleitet und herausgearbeitet, beziehungsweise wiedererweckt werden, lediglich im Vorderhirn liege, doch eine Art Vorstufe in niedereren Centren gebildet, d. h. also nicht etwa nur ein und das andere in die Vorstellungen eingehende Element von solchen geliefert wird, ob diese Centren nun wirklich und ausschliesslich infracorticale sein oder vielleicht andere Rindenparthien als die des Vorderhirns diesem gegenüber eine derartige Rolle spielen mögen. Dies würde auch dem Charakter entsprechen, welchen viele, namentlich der ursprünglichen Zwangsvorstellungen der Verrückten, besonders aber abortiv Verrückter haben, wenn sie plötzlich und in überraschender Weise in's Bewusstsein hereingeworfen, in ihm ausgelöst werden, ohne dass sie mit dem bisherigen Gedankengang, den bisherigen Ansichten und Vorstellungen eine associative Verknüpfung zu haben schienen, während doch jede innerhalb des Vorderhirns gebildete, wenigstens von dort aus angeregte Vorstellung vermittelst der

Associationsbögen eher als nicht mit anderen in Verbindung stehen sollte, wenn dieselben weiterhin, auch wo sie nicht als fremd und thöricht erkannt werden, in den Zusammenhang der sonstigen Vorstellungen erst mühsam eingefügt werden müssen und oft nicht einmal in wirklich organischen Verband mit ihnen gebracht werden, und wenn endlich diese Vorstellungen zumeist nach Inhalt und Beziehungen solchen Vorstellungen, welche uns normalmässig von aussen her zugeführt werden, nicht durch weitere Combination früher schon Zugeführten und Erarbeiteten entstanden sind, also mehr Nachrichten gleichen. Ich verkenne übrigens nicht, dass volle Beweise hierin aus verschiedenen Gründen noch keineswegs liegen, und dass alle diese Vorstellungen gleichwohl ausschliesslich im Vorderhirn entstanden, beziehungsweise von ihm aus eingeleitet sein könnten, auch wenn sie sich eine isolirtere Stellung bewahren. Factisch ist das Letztere an sich auch bei den eigentlichen Wahnvorstellungen nicht selten wenigstens für lange Zeit der Fall. Sie verbinden sich in manchen Fällen, wie ich zum Theil schon angegeben habe, von vorn herein keineswegs in richtiger Weise mit Gefühlen, Strebungen und anderen Vorstellungen, lassen diese auffallend unberührt, und haben vielleicht daneben ihren eigenen Kreis von Gefühlen und Strebungen. Es kann einer unter mehr oder weniger angemessenen derartigen Regungen den Wahn haben, ein gar hoher Herr oder sehr reich zu sein, zugleich aber und apart ist er auch der kleine Bauer, der sorgfältig über seinem Aeckerlein und sonstigen Besitze wacht und wenn er darauf zu reden kommt, selbst unvermischt die adäquaten Gedankenkreise haben kann, es sich auch, wenn er eben seinen hohen Wahn ausgekramt hat, nicht nehmen lässt, mit der Mütze in der Hand dem weitergehenden Arzte unterthänigst die Thüre zu öffnen. Es will mir scheinen, dass die Fälle, in welchen Solches stark ausgesprochen ist, bezüglich ihrer Pathogenese besonders zu beachten sind. Wenn übrigens sogar Mancher seinem Grössenwahn selbst nicht so recht traut und glaubt, so ist eben wiederum sehr zu beachten, dass derselbe nicht aus den Gefühlen erzeugt ist. Deshalb kommt ihm gewöhnlich auch nicht der Charakter der persönlichen Vorzüglichkeit zu, sondern nur eines

glänzenden Verhältnisses zur Aussenwelt, so namentlich bei Männern, und deshalb auch zum Theil trifft man bei einigen Kranken die Vorstellung, dass sie das Grosse, das sie sind, eigentlich immer waren. So findet sich auch ein Kranker, eben weil nicht das Gefühl, sondern die Selbst- und Weltauffassung in Betracht kommt, nicht schlecht, sondern unterdrückt. Dabei will mich bedünken, dass die (gegenüber sonstigem Beeinträchtigungswahn) am eigentlichsten Verfolgungswahn Leidenden, durch persönliche Feinde Verfolgten eher den eigentlichen persönlichen Grössenwahn produciren, als Andere, namentlich die an primärem sogenanntem Grössenwahn Leidenden.

Auch bezüglich der Sinnestäuschungen möchte ich mich nicht weiter verbreiten, sondern nur kurz auf eine Sache bestätigend zu reden kommen, welche *von Krafft-Ebing* wiederholt berührt hat. Dieser Autor constatirte bekanntlich bei den auf masturbatorischer Grundlage verrückten Männern und auch bei Frauen mit Genitalienerkrankungen auffallend häufig Geruchshallucinationen. Auch ich habe schon verschiedentlichen hergehörigen, bisweilen grob demonstrirbaren Consensus zwischen Geruchs- und Geschlechtsapparaten und Organen gefunden, und wenn etwa die Annahme, dass der Sitz der sexuellen Empfindungen in den Schmack- und Riechcentren nahen Rindenpartien gelegen sei, richtig sein sollte, so würde man einen mannigfachen Zusammenhang in diesen Dingen um so leichter verständlich finden können. Im übrigen will ich hier nicht Einzelheiten aufführen.

An diesem Ort möchte ich aber noch die Thatsache anfügen und sehr betonen, dass von den schlimmen Erfahrungen quälenden persönlichen Verfolgtseins, welche sich meist als Gemisch darstellen aus Sinnestäuschungen, Erinnerungstäuschungen, Wahnvorstellungen und anderen, näherer Präcisirung zum Theil noch harrenden Dingen, viele Verrückte, und namentlich solche mit Verfolgungswahn s. str., ganz überwiegend besonders bei Nacht getroffen werden, oder auch, dass sich gerade bei Nacht eine neue Exacerbation in dieser Art einleitet.

Was die motorische Seite betrifft, so sind gewisse Zwangshandlungen, incl. ihrer negativen Seite, der Zwangsunterlassun-

gen, bekannt. Sie haben oft eine derartige närrische Weise, dass man in Fällen, wo sie sich fast allein in den Vordergrund drängen, obenhin betrachtet an Simulation denken könnte. Manchmal kommen sie ohne weiteres Motiv hereingeschneit, andere Male sind sie durch Sinnestäuschungen, gewöhnlich Gehörstäuschungen, oder Wahnvorstellungen veranlasst, was dann wieder von blossem gleichzeitigem Zusammentreffen mit solchen zu unterscheiden ist. Ausser der ungemein albernen Motivirung, welche sie oft auszeichnet, tragen sie sehr häufig ein symbolisirendes Moment in sich. Sie sind, auch wenn sie in lebhafter Weise verlaufen, zu unterscheiden von gewissen Wuthausbrüchen, welche den Charakter einer motorischen Reaction und einer Entladung auf Gefühle u. s. w. oder auch nur einer ungehemmten Reflexthätigkeit haben, wo der Kranke nach der Entladung wohl auch gleich selbst wieder den Schaden gut machen, die zum Fenster hinausgeworfenen Gegenstände hereintragen hilft u. s. w. Ein solches Sichentladen kommt auch bei manchen abortiven Frauen vor, trotz der im Hintergrund stehenden Erkenntniss des Abnormen und des Ungerechtfertigten der einzelnen Handlung. — Im speciellen möchte ich noch anführen den namentlich im Anfang auftretenden Drang fortzulaufen, welcher sich öfter bei Weibern und hier mehr in der Art des Hin- und Herlaufens in Häusern, als bei Männern findet, wo er häufig die Form eines unaufhaltsamen Fortrennens, nicht selten in ganz gerader Richtung annimmt.

Schliesslich möge mir gestattet sein, noch einiges Wenige über den Verlauf und Ausgang der Krankheit beizubringen. — Die wichtigsten Fragen sind hier die nach der Möglichkeit der Heilung und die nach dem Eintreten psychischer Schwäche. Bezüglich der ersteren ist die Erkenntniss von grosser Wichtigkeit, dass man die primäre Verrücktheit principiell unter die heilbaren Formen einreihen muss. Und wenn man in der ersten Freude über solche Erkenntniss und Erfahrung vielleicht in seinen Hoffnungen manchmal zu weit ging, so ist dies ja bei solchen Dingen kein Fehler, weil man dann um so weniger je vor der Zeit die Flinte in das Korn werfen wird. Ich habe selbst schon Heilungen nach jahrelanger Dauer gesehen, und vielleicht findet noch die fortschreitende Wissen-

schaft bisher nicht gekannte Hülfsmittel zur Wiederherstellung dieser Kranken. Solche Mittel müssen aber noch gefunden werden, wenn die Verrückten nicht nur principiell, sondern auch de potiori der Erfahrung heilbar genannt werden sollen, denn bisher bleibt ja noch immer weitaus die überwiegende Mehrzahl derselben ungeheilt. — Ich möchte aber weiterhin wohl glauben, dass man auch bezüglich der terminalen Schwäche vielfach doch ein wenig zu günstige Auffassungen hegt. Es ist ja zweifellos, dass bei der Verrücktheit sich nicht ein so tiefer hülfloser Blödsinn einstellt, wie er oft den schlimmen Ausgang anderer Psychosen kennzeichnet, und dass der Eintritt auch nur einiger intellectuellen Schwäche oft viele Jahre lang auf sich warten lässt; aber gleichwohl und namentlich wenn man die Frage weiter fasst und dabei nicht nur nach dem Intellect, sondern nach den psychischen Functionen überhaupt fragt, dürfte sich die Sache in Wahrheit durchschnittlich doch etwas weniger günstig darstellen, als man anzunehmen oft geneigt zu sein scheint.

Ich habe schon angeführt, dass bei vielen Fällen primärer Verrücktheit von vorn herein die Wahnvorstellungen nicht den rechten Eindruck auf die Gefühle machen und Aehnliches. Allein dies ist nicht sofort als eine Schwäche im gewöhnlichen Sinne, namentlich nicht als ein irreparables Schwächergewordensein zu nehmen, wenn es auch mit Schwäche im Vorderhirn wenigstens theilweise in Verbindung stehen wird. Mag aber der Mangel an lebendiger Unmittelbarkeit und Kraft des Zusammenhangs im psychischen Geschehen anfänglich begründet sein, wie er will, im weiteren Verlauf tritt denn doch sehr gewöhnlich, wo es nicht zur Genesung kommt wohl immer, eine wirkliche Schwäche im Gefühlsleben ein. Man bemerkt ein zunehmendes Erkalten in dieser Hinsicht, einen Verlauf nach abwärts. Der Wahn selbst gewährt nicht einmal das frühere Interesse mehr — und dies nicht blos deshalb, weil man ihn gewohnt worden wäre —, und auch ausserhalb des Kreises der Wahnvorstellungen werden die Gefühle bei eigenem und fremdem Wohl und Wehe nicht mehr in der früheren Zartheit, Stärke und Andauer ausgelöst, weil es an der Fähigkeit fehlt zu ihrer entsprechenden Production.

Wie mit den Gefühlen, so verhält es sich auch mit den Strebungen. Auch hier ist Manches, was im Anfang und was später auftritt und einander gleicht oder zu gleichen scheint, ohne Zweifel nicht gleichwerthig und anatomisch-physiologisch nicht in derselben Weise begründet. Aber auch hier kann ein wirkliches Schwächerwerden im Eintreten, im Nachdruck und in der Ausdauer der Impulse und Reactionen dem Gewohnten gegenüber wie dem Neuen constatirt werden, eine Erscheinung, welche bei der genauen Verbindung, in der Gefühle und Strebungen zu einander stehen, ohnehin vielfach erwartet werden muss.

Das Eintreten solcher Schwäche auf dem Gebiete des Fühlens und Strebens betone ich sehr. Was nun noch diejenigen psychischen Thätigkeiten betrifft, welche beim Intellect in Betracht kommen, so bleiben namentlich das Vermögen des logischen Operirens mit den Vorstellungen, die formale Denkthätigkeit mit dem, was sie voraussetzt, bleiben Gedächtniss, Urtheil, selbst Laune, Witz und Humor oft lange Zeit, oft fast immer ganz oder nahezu ganz intact. Die Aufmerksamkeit und das geistige Erfassen scheinen im Anfang oft gelitten zu haben, wenn Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen den Kranken lebhaft und fast ausschliesslich beschäftigen, aber sie leiden doch auch in vielen Fällen bälder oder späterhin wirklich. Es wird sich Solches bisweilen leicht aus Mängeln im Fühlen und Streben ableiten lassen; denn, wenn dieses seine Frische, Unmittelbarkeit und Zartheit eingebüsst hat, so ist, wenn auch keine weitere intellectuelle Schwäche eintreten sollte, doch mindestens ein Stehenbleiben und eine Indolenz die natürliche Folge, weil nun der Motor für lebhafteres geistiges Interesse fehlt. Dann mag das Gedächtniss gut sein und das formale logische Operiren intact, es ist doch das geistige Leben arm und verblasst, die spontanen Gedankenverknüpfungen werden sparsamer und träger, und zum Erwerben neuen geistigen Besitzes fehlt es eben an einem Motiv. In manchen Fällen leiden nun aber auch das Gedächtniss und die geistige Schlagfertigkeit an sich selbst ziemlich, das logische Operiren geht langsamer, die Wahnvorstellungen verblassen nicht nur zum Theil, sondern sie werden auch alberner,

der Kranke capirt schwerer und weniger schnell, kann mit den trivialsten Redewendungen abgespeist oder momentan verblüfft werden, ist weniger schlagfertig in Antworten, geht deshalb auch oft einem Gespräch aus dem Weg, und wenn man ihn festhält, so merkt man ihm das Unbehagen an, er geräth wohl nebenher auch in ein leichtes Zittern und sucht sich loszumachen. Am längsten bleiben übrigens immerhin von intellectueller Seite das formale logische Vermögen und das Gedächtniss intact, wenn sie auch gewiss im weiteren Verlauf der meisten Fälle in der einen oder der anderen Art leiden, und gewöhnlich das Gedächtniss noch vor und oft lange vor dem anderen.

Selbst neben weit gediehener allgemeiner geistiger Schwäche verlauft aber das, was in automatisch eingeübten Centren vor sich geht, oft noch lange auch hier sehr gut, so Thätigkeiten, welche wie das Kartenspielen, Klavierspielen, aber auch complicirtere Dinge schliesslich zu rein reflectorischen Leistungen werden und bei Gesunden wie alles routinenhaft Eingeschliffene dann am besten vor sich gehen, wenn man sich über's Einzelne nicht specielle Rechenschaft, sondern dafür nur den Anstoss, den allgemeinen Impuls giebt.

Ich habe speciell von der Schwäche der Gefühle und Strebungen geredet. Sie erreicht, wie die intellectuelle Schwäche, selten einen extrem hohen Grad und nicht in allen Fällen einen gleich hohen. Im Anfang ist die Reaction der Gefühls- und Wollensseite oft auch eine ganz richtige; oft auch wird diese sehr stark getroffen, wenn auch ohne secundäre Rückwirkung auf den Gang der Krankheit. Ich möchte aber noch anfügen, dass es mir scheinen will, die grösste psychische, speciell auch intellectuelle Schwäche, namentlich eine solche mit hochgradiger Verwirrtheit, Gedankenarmuth und Schwäche im Auffassen treten desto sicherer im späteren Verlauf und auch desto bälder ein, je lebhafter im Anfang die Seite des Gefühls participirt hat. Solch' lebhaftes Participiren und damit diese spätere Verwirrtheit scheint mir häufiger bei Personen weiblichen als solchen männlichen Geschlechts vorzukommen.

Zwiefalten, den 19. September 1879.

Rückblicke auf 50 Jahre einer Irren-Pflegeanstalt.

Von

Medicinalrath Dr. Voppel,
Director der Irren-Pflegeanstalt zu Colditz.

Gegen den Ausgang laufenden Jahres hin vollendet unsere Anstalt das 50. Jahr ihres Bestehens. Es erschien daher als ein Act der Pietät gegen die, welche ihre Kräfte dem Gedeihen und der Entwicklung derselben gewidmet, wie als eine Pflicht gegen die Fachgenossen, diesen Zeitpunkt nicht mit Stillschweigen zu übergehen.

Wenn wir gleichwohl nach der äusseren und inneren Ausgestaltung unseres, fast ausschliesslich die Pflege unheilbarer Irrer im Auge habenden Asyls nur ein skizzenhaftes Bild zu entwerfen suchten und von der Darlegung des gesammten grossen Materials für jetzt abgesehen haben, so bewog uns dazu einestheils die Rücksicht auf die Geduld der fr. Leser, welchen mit einer ausführlichen statistischen Durcharbeitung des reichen Stoffes wohl kaum gedient gewesen wäre, anderntheils aber wäre die Mangelhaftigkeit und Unsicherheit der Angaben aus dem ersten Jahrzehend nicht ohne unverhältnissmässigen Aufwand an Zeit zu überwinden und der Erfolg dieser Bemühungen kaum als ganz zweifellos hinzustellen gewesen.

Vielleicht, dass Referent später noch vermag, die hauptsächlichsten Lücken zu ergänzen und die vorliegende Schilderung in der angedeuteten Richtung einigermaassen zu vervollständigen.

Als im ersten Jahrzehend dieses Jahrhunderts die König-

liche sächsische Regierung in humaner Fürsorge die Trennung der Versorganstalten von den Strafanstalten beschlossen und zunächst die Heilstätte zu Sonnenstein für die heilbaren Irren gegründet hatte, wurde bald darauf das seit 1803 als Landarbeitshaus benutzte Schloss zu Colditz zur Aufnahme der unheilbaren Geisteskranken und derjenigen körperlich Gebrechlichen und Siechen, die wegen ihres Leidens aus der Gesellschaft entfernt werden mussten (Krebs, Syphilis u. s. w.) ausersehen und dasselbe nach Versetzung seiner Insassen in die Strafanstalt zu Zwickau und nach Vollendung der nöthigsten Adaptionsbauten am 12. November 1829 mit 335 aus der Strafanstalt Waldheim übergeführten Irren und 8 körperlich Kranken feierlich eröffnet.

Das Schloss zu Colditz auf einer Anhöhe am rechten Ufer der Zwickauer Mulde unmittelbar über der Stadt gelegen, hat eine vielbewegte Vergangenheit. Obwohl in Chroniken bereits im Jahre 839 der Colditzer Slaven Erwähnung geschieht und später (892) verschiedene Ereignisse bei Colditz, sowie die Grafen von Colditz (933) genannt werden, so ist doch weder das Gründungsjahr der Stadt, noch des Schlosses festgestellt. Man ersieht aber aus geschichtlichen Vorgängen [1]), dass 1015 die Stadt sich bereits entwickelt hatte und kann aus anderen Gründen mit grösster Wahrscheinlichkeit annehmen, dass das Schloss um das Jahr 1080 erbaut wurde, als der fehdelustige Graf Wiprecht von Groitzsch Herr der hiesigen Gegend war. Nach ihm wechselten mehrfach die Besitzer des Schlosses, bis dasselbe im Jahre 1430 von den Hussiten niedergebrannt wurde und 34 Jahre lang zerstört liegen blieb. Im Jahre 1464 von Churfürst Ernst wieder aufgebaut und in das hintere Schloss mit Kapelle und das vordere Schloss mit Kirche eingetheilt, wurde dasselbe 1504 durch eine Feuersbrunst, welche die ganze Stadt zerstörte, bis auf einige Häuser im vorderen Schlosshofe abermals eingeäschert, aber bereits 1506 vom Churfürsten Friedrich in grösserem und schönerem Maassstabe wieder erbaut, mit Ausnahme der im vorderen Hofe niedergebrannten Kirche und 1524 ein grosser Festsaal im sogenannten

[1]) Beerdigung des Bischofs Egidius in der St. Magnuskirche 1015.

Saalhause angelegt. Da von nun an, besonders aber seit Churfürst August, das Schloss den Landesfürsten wegen des reichen Wildstandes häufig zum Aufenthalte diente, so wurde unausgesetzt an seiner Verschönerung gearbeitet. Es wurde von 1554 bis 1584 mit der Anlegung des Thiergartens begonnen, es wurde der das hintere und vordere Schloss trennende Graben ausgefüllt und das Canzleigebäude aufgeführt, das vordere Thorhaus mit schmalem Gebäude daneben gebaut und dieses durch einen Gang mit dem Canzleihaus verbunden, ferner das nach dem Thiergarten führende Thor, das Schneiderthor errichtet (so genannt wegen der Schneiderei-Gefängnisse daneben), die Weissenburg (Lustgarten) angelegt, die Kirche restaurirt, das Quellwasser vom Dorfe Bockwitz in das Schloss geleitet und 1586 vom Churfürsten Christian I. am hinteren Schlossthore ein neues Gebäude (neuer Anbau) gebaut und Gärten daneben (Terrassen) angelegt. Der Thiergarten, schon 1590 durch Ankauf von Grundstücken auf 125 Acker vergrössert, wurde mit einer Mauer umgeben und mit vielen, theils der Jagd dienenden, theils dem Luxus huldigenden Bauten ausgestattet (Jägerhäuser, Küchen- und Kellerhaus, Vogelheerde, Luchshaus, Bibergrube, Fasanengarten, Lusthaus im Teiche), deren Vollendung aber Churfürst Christian nicht erlebte. Die Churfürstin Wittwe Sophie, welche von 1603 bis 1622 im Schlosse residirte, vollendete nicht nur die Bauten, sondern liess auch den dem Schlosse gegenüberliegenden kahlen Hainberg 1610 in einen Weinberg umwandeln.

Nachdem 1624 Churfürst Johann Georg I. den bis auf circa 203 Acker vergrösserten Thiergarten mit einer 3600 Ellen langen Mauer umgeben und im Schlosse noch mehrere Verschönerungen angebracht hatte, war 1627 der Ausbau und die Ausschmückung des Schlosses vollendet.

Seit Anfang des 18. Jahrhunderts aber wurde das Schloss immer seltener von den Landesfürsten besucht und von 1753 an gar nicht mehr: die Gärten und die Gebäude, namentlich die ausserhalb des Schlosses gelegenen, wurden vernachlässigt und verfielen, oder wurden abgetragen und ihr Material anderweit verwendet.

Von 1771 an diente das vom Hausmarschall-Amte dem

Kammer-Collegium überwiesene Schloss dem Justiz-Amtmann und Rentbeamten von Colditz zu Dienst- und Wohnräumen; es wurden aus dem Material der abgetragenen Gebäude im Thiergarten die Wohnung des Amtsfrohns und die Frohnfeste an dem umgebauten Schneiderthore erbaut, später der Weinberg verkauft und Manches aus dem Schlosse veräussert. Nachdem 1796 die verfallene Wasserleitung wieder hergestellt worden war, wurden 1800 die Gebäude des hinteren Schlosses zu einem Kreisarmenhause umgewandelt, dem auch 1801 ein Theil des Thiergartens als Wäschtrockenplatz und Gemüsegarten überlassen wurde, 1803 aber zu einem Landarbeitshause eingerichtet und 1828 zur Pflegstätte für unheilbare Irre und Eingangs genannte Klasse körperlich Kranker bestimmt. Zu diesem Zwecke stellte man nicht nur die Räume des hinteren Schlosstheils dem Zwecke möglichst entsprechend her, sondern erbaute auch unmittelbar unter dem Schlosse nach dem Garten hin das „Neu-Haus“ für I. und II. Klasse und schuf das gegenüberliegende Waschhaus zum Krankenhause um, wie auch der Garten verschönert und mit Kegelschub und mehreren Hütten versehen worden ist. Nachdem Alles dies vollendet war, konnte am 12. November 1829 die neue Anstalt unter Dr. *Hayner* eröffnet werden, dem als Oberbeamte noch ein Hausverwalter, ein Geistlicher und ein Rechnungsführer zur Seite standen.

In dem vorderen Schlosstheile verblieben das Justizamt mit seinen Beamten, der Amtsfrohn und die Gefängnisse, im Canzleigebäude die zum Amt gehörigen Commissionszimmer und unter dem zweiten Thore die Militair-Wache, welche jedoch 3 Jahre später aufgehoben wurde.

Die neue Anstalt besass (incl. des Friedhofs) an Feld und Gärten 11 Acker 136 □R. eigenthümlich und 2 Acker 60 □R. Pachtwiese, sie führte die Beköstigung auf eigene Rechnung, sie kaufte das Getreide und lieferte dem Bäcker das Mehl. 2 Ochsen wurden für die nöthigen Fuhren gehalten, in den im vorderen Hofe gelegenen Ställen wurden Schweine gemästet und jährlich 2 Ochsen und 12 Schweine geschlachtet und 8 Schweine verkauft.

Im Ermangelung der genügenden Anzahl passender Individuen waren anfangs hinreichend geprüfte Sträflinge beiderlei

Geschlechts als Wärter und Wärterinnen verwendet worden, bis im Jahre 1835 eine entsprechende Anzahl von Lohnwärtern und Wärterinnen herangezogen war, welche damals 36 und 24 Thlr. jährlichen Lohn erhielten.

Mit jedem Jahre wurden Veränderungen und Verbesserungen vorgenommen, von denen nur die mit der weiteren Entwickelung der Anstalt im engeren Zusammenhang stehenden erwähnt werden sollen.

Schon 1834 gab man die Mästung und das Schlachten von Schweinen als für die hiesigen Verhältnisse unvortheilhaft auf; für das Fuhrwerk wurden bis 1839 noch 2 Ochsen, dann bis 1864 2 Pferde gehalten, später die Fuhren an einen Lohnfuhrwerksbesitzer verdungen. Den Einkauf des Getreides übernahm die Anstalt noch fernerhin, die Beköstigung wurde aber 1836 dem damaligen Rechnungsführer in Entreprise gegeben. Während die im Jahre 1834, für 5 Pensionäre nebst besonderen Dienern in dem über der Directorialwohnung gelegenen Stockwerk errichtete Pensions-Anstalt für irre Kranke höherer Stände 1842 mit der Ueberführung des letzten Pensionäres nach Sonnenstein wieder einging, hörte dagegen die Vereinigung körperlich Gebrechlicher mit den Irren nur allmälig und erst 1855 gänzlich auf. Auch das in dem Gartenhause bestandene Pensionat für Damen höherer Stände wurde bereits Ende der 30. Jahre aufgehoben.

Bereits 1841 machte sich aber Raummangel fühlbar und es war nicht nur nöthig für die Lebenden durch Abmiethung der dem Justizamte gehörigen Räume im Canzleigebäude Platz zu schaffen, sondern auch für die Verstorbenen durch Erweiterung des Kirchhofes zu sorgen und ein neues Leichen- und Sectionshaus zu bauen. Die im Canzleihause erworbenen Räume waren jedoch bald wieder angefüllt und obwohl 1845 in die inzwischen eröffneten Anstalten zu Hubertusburg 51 weibliche Verpflegte versetzt wurden und 1846 nach Verlegung des Justizamtes in die Stadt (mit Ausnahme der Frohnfeste) die Gebäude des vorderen Schlosstheils für die Expeditionen und die Wohnung des Hausverwalters, für das Waschhaus und die Trocken- und Mangelstube in Anspruch genommen werden konnten, so genügte doch der so gewonnene Raum nur für

kurze Zeit und erst als 1851 sämmtliche weibliche Verpflegte (151) nach Hubertusburg versetzt werden konnten, war diesem Mangel auf längere Zeit abgeholfen. Von jetzt an ist Colditz nur Männer-Pflege-Anstalt geblieben, da weibliche Irre nicht mehr aufgenommen wurden. Nur 25 Frauen blieben damals für die nöthigsten weiblichen Arbeiten in der Anstalt zurück und ist für diesen Zweck noch gegenwärtig eine kleine Frauenabtheilung vorhanden, welche nach Bedürfniss von der Heilanstalt Sonnenstein ergänzt und vermehrt wird.

Im Jahre 1850 beim Abgange des die Entreprise führenden Rechnungsbeamten übernahm die Anstalt die Beköstigung, welche im Laufe der Jahre wiederholt verbessert worden war, wieder auf eigene Rechnung und hat diesen Modus bis in die neueste Zeit beibehalten.

Da mit der Zeit die Anzahl der jüngeren Pfleglinge sich vermehrt hatte, so wurde 1862 für dieselben ein Schul- und Turnlehrer angestellt. Der Turnunterricht wird im Sommer im Garten, im Winter in dem gut eingerichteten und heizbaren vor dem Eingangsthore im jetzigen Wirthschaftsgebäude gelegenen Turnsaale abgehalten.

Während bis 1863 der ärztliche Director und der Hausverwalter (später Wirthschafts-Director) coordinirt waren, hat seitdem der jetzige ärztliche Director die oberste Leitung und alleinige Vertretung nach beiden Seiten hin; für die Kasse trat zugleich ein besonderer Beamter (Rendant) ein und der die Naturalien-Rechnung führende Beamte erhielt das Prädicat Wirthschafts-Inspector.

Für die Anstalt beginnt nun eine sehr bewegte Zeit, indem von 1863 bis 1866 nicht nur der in Folge der Ueberfüllung und der des fortdauernden Zudrangs in die Anstalt nöthig gewordene grosse Neubau an Stelle des oberen Magazins und der Frohnfeste im vorderen Hofe vollendet und mit 200 bis 220 Pfleglingen in 4 Stockwerken belegt wird, sondern auch zu gleicher Zeit und bis 1867 viele das innere Getriebe der Anstalt und die Beschäftigung der Verpflegten betreffende Aenderungen und Verbesserungen eingeführt werden. Wir erwähnen nur die Erweiterung der Strohflechterei, die Einführung des Rohr- und Weidenflechtens, der Schirrkammerarbeit, einer

Schuhmacher- und Schneiderwerkstatt bei den Verpflegten, die Einrichtung der Dampfküche und der Dampftrockenstube, der Waschmaschinen und das Legen der eisernen Röhrleitung innerhalb der Anstalt bis vor das Thor u. s. w.

Das um diese Zeit nach *Griesinger's* bekannten Reformvorschlägen hervortretende Streben nach freierer Verpflegung der Irren förderte die Königlich sächsische Regierung im Einvernehmen mit den Stände-Kammern durch liberale Gewährung der Mittel zur Gründung der Meierei, welche in dem 20 Minuten von der Anstalt entfernten Dorfe Zschadrass 1868 nach Ankauf zweier Bauergüter und circa 66 Acker Areal mit Uebersiedelung von 64 Verpflegten ihren Anfang nahm und in 10 Jahren bis zu dem Umfange von 117 Ackern mit 3 Hauptgütern und 7 Wohn- und 3 auch wirthschaftlichen Zwecken dienenden Gebäuden sich erhoben hat, die von 282 Pfleglingen und 18 Bediensteten für dieselben bewohnt werden. Einrichtung und Bewirthschaftung sind seiner Zeit und wiederholt durch Specialberichte bekannt geworden.

Die Löhne der Wärter und Wärterinnen wurden mit der Zeit nicht nur wesentlich erhöht, so dass sie gegenwärtig für erstere 36 bis 48 M., für letztere 18 bis 24 M. monatlich und 36 M. jährliche Prämie betragen, sondern es wurde auch 1869 auf von der derzeitigen Direction gemachten Vorschlag für invalid gewordene Wärter und Wärterinnen durch Gründung einer Pensionskasse gesorgt, zu welcher auch den dem Staatsdienste nicht angehörigen Bediensteten der Beitritt gestattet ist.

Die von den Bäckern bei mangelhaft gelieferten Waaren wiederholt deshalb vorgebrachte Anschuldigung des von der Anstalt gelieferten Getreides bewog 1872 die Direction den Getreidekauf ganz aufzugeben und mit 2 Bäckern aus der Stadt feste Lieferungs-Contracte für Schwarz-, Mittel- und Weissbrod abzuschliessen.

Während die Meierei mit jedem Jahre sich mehr entwickelte und vergrösserte, war auch in der Anstalt kein Stillstand eingetreten. 1870 wurde das Krankenhaus vollständig umgebaut und mit Badeeinrichtungen für die eingebetteten Kranken und für die erste und zweite Klasse versehen. Die

Bäder für den übrigen Cötus befinden sich im Parterre des neuen „Saalhauses". 1874 wurde der Um- und Ausbau des vor dem Eingangsthore gelegenen und käuflich erworbenen Hauses vollendet und konnten nun die Wirthschafts-Vorräthe, die Wohnung und Expedition des Wirthschafts-Inspectors, sowie die Wohnung eines Arztes dahin verlegt werden. Zwischen diesem Hause und der Anstalt liegt der Wirthschaftshof und der bereits erwähnte Turnsaal. 1875 begann als letzter grösserer Bau für diesen Zeitabschnitt die Abtragung des Saalhauses, dessen Wiederaufbau mit seinem geschmackvoll eingerichteten Vergnügungssaal und Theater 1878 vollendet war, wie auch die Herstellung der eisernen Röhrfahrt für das Bockwitzer Quellwasser bis zum Anschluss an den schon früher gelegten Theil am Schluss des Jahres 1878 beendigt und zum Gebrauch fertig übergeben werden konnte. Neben dieser Wasserleitung, welche in 24 Stunden 74000 l. Wasser liefert, besitzt die Anstalt noch die vom Landarmenhause, beziehentlich Justizamte, übernommene Röhrfahrt der Thiergarten-Quellen, welche in derselben Zeit 22 bis 26000 l. zuführt. Dieses Quantum von zusammen 100000 l. deckt, selbst bei einem Bestande von mehr als 800 Köpfen, den täglichen Verbrauch der Anstalt incl. Meierei-Bedarf für Küche, Wäsche und Bad, sowie den aller in der Anstalt wohnenden Beamtenfamilien mehr als hinreichend. Gleichwohl steht auch der Meierei noch ein ergiebiges Quellengebiet mit eiserner Rohrleitung und grosser Cysterne zu circa 20 bis 25000 l. täglich zu Gebote.

Gegenwärtig besitzt die Anstalt 9 ha. 64 a. Areal, wovon 2 ha. 70 a. auf den Gemüsegarten, 4 ha. 16 □m. auf den Park und 55 a. 16 □m. auf den Kirchhof kommen, der Rest aber auf Beamten-Gärten sich vertheilt. Der Gemüsegarten liefert das zur Beköstigung nöthige Gemüse und das erforderliche Obst so reichlich, dass nach Wunsch auch die Beamten gegen Bezahlung davon entnehmen können. Der Park, von einem Bach durchflossen und in eine kleinere Frauen- und grössere Männer-Abtheilung geschieden und mit Kegelschub, Schweizerhaus, Fontäne etc. versehen, dient mit seinen schattigen Laubgängen nicht nur zum täglichen Spaziergang, sondern es werden hier alljährlich auch ein Vogelschiessen und mehrere Concerte

abgehalten, an denen, wie überhaupt an den Festen der Anstalt, auch die Bewohner der Meierei Theil nehmen, während dieselben Erndtefest und Weihnachten auf der Meierei selbst feiern.

Die wachsende Ueberfüllung der 4 Landes-Irrenanstalten, welche nach Ausweis des 9. Jahresberichts des Königl. Sächs. Landes-Med.-Collegiums einen Gesammtbestand von 26 bis 2700 Köpfen aufwiesen, mit den in 5 Irren-Privatanstalten Hülfesuchenden aber wohl an 3000 Bewohner zählen, also zur Bevölkerungszahl Sachsens mit 2760342 Köpfen (nach Zählung von 1875 starben 90000 76/77 = 2850342 Köpfe), bereits 1877 1 Irren zu 1000 Bewohnern Sachsens, oder von 6000 Irren und Blödsinnigen 46 bis 50 % in sämmtlichen Anstalten verpflegten, hatte schon bald nach Einrichtung der ländlichen Niederlassungen in Zschadrass und Reckwitz zur Erbauung einer eigentlichen Siechenanstalt (in Verfolg von durch Dr. *Müller* in Pforzheim einst gemachten Vorschlägen) genöthigt, wie auch die unzweifelhaften Uebelstände, eine nicht unerhebliche Anzahl irrsinniger Verbrecher (Colditz beherbergt deren etwa 20 bis 25!) in Irrenanstalten aufzunehmen, die Ausführung einer Irrenstation bei der Strafanstalt Waldheim für etwa 30 Köpfe dringend gemacht hatten. — Endlich ist für die werkthätige Hülfe von Colditz entlassener Irren, welche in Noth gerathen, unter Genehmigung des Königl. Ministerium d. I. durch Anweisung eines kleinen Fonds von einer mildthätigen Dame der erste Grund gelegt und wird, nachdem die Geldmittel durch freiwillige Schenkungen eine angemessene Höhe (jetzt über 1000 Mark) erreicht haben werden, nach dem Muster der Patronage zu St. Gallen bald in's Leben treten können.

Seit 1877 ist auch die Neuorganisation einer Feuerwehr für die Anstalt in Angriff genommen und dieselbe mit Löschgeräthen durch die Munificenz der Oberbehörde reichlich versehen worden. An ihr nehmen die meisten Beamten der Anstalt mehr oder weniger activen Antheil.

Von der ersten Gründung traten auch für Colditz die für die Heilanstalt Sonnenstein geltenden Vorschriften (s. Beschreibung der Königl. Sächs. Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnen-

stein vom Conf.-Minister Nostiz- und Jänkendorf, 2 Th. in 3 Bd. Dresden. Walther 1829) in Kraft. Insbesondere aber war es die unter diesem Minister als Vorsitzender gebildete „Commission für Straf- und Versorganstalten“, welche als Landesbehörde durch häufige Revisionen der neuen Stiftung ihre besondere Aufmerksamkeit zu Theil werden liess. Seit einer längeren Reihe von Jahren ist die Anstalt, gleich den übrigen, der 4. Abtheilung des Königl. Ministeriums d. I. untergeordnet, deren Vorstand geh. Rath von Zahn den vorzüglichsten Antheil an allen Errungenschaften und Entwickelungsphasen der Irrenanstalten Sachsens genommen und in wahrhaft väterlicher Sorgfalt den Forderungen der neuen Psychiatrie Eingang und practische Verwirklichung zu verschaffen, sich ohne Unterlass bemüht hat. Sei ihm dafür hier unser aufrichtigster Dank dargebracht. Mögen die Werke des Gerechten ihm nachfolgen!

Wurden schon früher durch zeitweise abgeordnete Medicinalräthe auch die inneren Zustände der Anstalt und ihrer sanitären Einrichtungen einer jeweiligen genauen Prüfung unterzogen, so geschieht dies in neuerer Zeit durch Mitglieder des Königl. Landes-Med.-Collegii, namentlich dessen Präsidenten Dr. *Reinhardt,* welcher gleich dem Med.-Referenten im Königl. Ministerium d. I. auch der freieren Verpflegung und dem Meiereiwesen unveränderte Theilnahme zugewendet hat.

Die kirchlichen Angelegenheiten werden von jeher durch einen vom Königl. Ministerium angestellten Geistlichen besorgt: Die Anstalt bildet für ihre Bewohner nebst Meierei und die ausserhalb lebenden Beamten eine besondere Parochie. Dagegen ist der Gerichtsstand der Anstalt vor dem Gerichtsamte zu Colditz, für welches in civilpolizeilichen Angelegenheiten der Stadtrath daselbst, welchem seit 1874 auch das Standesamt über die Anstalt zusteht, nach Abgabe der Verwaltungsangelegenheiten an denselben, eingetreten ist. Auch die Meierei hat weder exempte Polizeiverwaltung, noch standesamtliche Berechtigung. Dieses Verhältniss muss als unerquicklich bezeichnet werden und bedarf der Reform.

Als Oberbeamte fungirten seit 12. Nov. 1829:

1) Directoren [1]):

Dr. *Hayner*, geb. 22. Dec. 1775, gest. 10. Oct. 1837, vom 5. Juni 1829 als erster Hausarzt, seit 5. Juli 1834 ärztlicher Director.

Dr. *C. Weiss*, geb. 5. April 1790, gest. 28. Oct. 1859 in Pirna, seit 1837—1852 Director.

Dr. *B. Neuhof*, früher Anst.-Arzt an der Strafanstalt Waldheim, seit 1852—1862 Director.

Dr. Herm. *Voppel*, früher Assist., dann Haus-Arzt, seit 1. Juli 1862 Director.

2) Anstalts- bez. Assistenzärzte:

Dr. *Albert Müller*, seit 1. Jan. 1833 erster Hülfsarzt der Anstalt.

Dr. *Julius Langguth* v. 8. Oct. bis 10. Dec. 1834. Gest. hier.

Dr. *Julius Kirmse* v. 1835 bis Juni 1837; gest.

Dr. *Novalis Götz* v. 1837 bis Aug. 1839.

Dr. *Richard Bonitz* v. 1839—1841.

Dr. *Herm. Voppel* v. 1841; noch in Function.

Dr. *Theod. Legler* v. 1847 bis Mai 1849 (ausgewandert).

Dr. *B. Leonhardi* v. 1849—1851 (gest. als Hülfsarzt in Hubertusburg).

Dr. *Guido Weber* v. 1860—1861 (d. Z. an d. Heilanst. Sonnenstein).

Dr. *Wilh. Heinze* v. 1861, gest. 1862 hier.

Dr. *H. Möckel* jun. }
Cand. med. *A. Eras* } 1862.

Dr. *Otto Human* v. 1863—1868 (gest. hier suicid.).

Cand. med. *S. Conradi* v. 1863.

Dr. *B. Wolf* v. 1863 (sphygmogr., d. Zeit. Chef d. Priv. Anstalt Lindenhof b. Dresden).

Dr. *E. Bergmann* v. 1864—1865 (gest. 1896 am Lazarethtyphus).

Dr. *M. Huppert* v. 1866, seit 1874 Oberarzt in Hochweitzschen.

Dr. *Oscar Kindt* v. 1866—1867, d. Z. Ger.-Arzt in Grimma.

Dr. *Herm. Nitzsche* seit 1868 hier als dritter Hausatzt.

---

[1]) Dieselben nahmen auch in dem Med.-Bezirke der Anstalt die bezirksärztlichen Geschäfte vor.

Dr. *Felix Birch-Hirschfeld* v. 1869—1870 d. Z. Professor u. Med.-Rath in Dresden.

Dr. *Rud. König* als Externer v. 1870—1871.

Dr. *Holms Pierson,* interimist. v. 1870 bis zum Ausbruch des Krieges 1870/71.

Dr. *M. Lommatzsch,* seit 1871; noch im Dienst.

Dr. *Leop. Musäus,* seit 1871. Gest. 1874.

Dr. *L. Langwagen,* seit 1874 als zweiter Hausarzt; noch im Dienst.

Dr. *El. Clem. Steinbrück,* seit 1875; noch in Function.

3) Hauswundärzte:

Ernst Pause (v. 1829—1845; gest. suicid.).

Vörtler, seit 1845; noch in Function.

Hausverwalter bez. Oek.-Directoren:

Aug. Schiller v. 1829—1832.

Anton Hauschild v. 1833—1850.

Oek.-Dir. Hauptm. *Hennig* v. 1850—1863.

Geistliche:

M. Härtel v. 1829—1830. *M. Siebenhaar* v. 1830—1836. Pastor *Kretzschmar* v. 1836—1845. Pastor *Kolbe* v. 1845—1849. Pastor *Stelzner* v. 1849—1852. Pastor *Wallenstein* v. 1852 bis 1873. Pastor *Grössel* seit 1873; noch in Function.

Rechnungs-, Wirthschafts- und Expeditionsbeamte:

Rechnungsführer und gleichzeitig „Entrepreneur für Speisung“ *Gottl. Krause* 1829—

Rechnungsführer und Inspector *Jeschky.*

Wirthschafts-Inspector *Hammer* 1850—1863.

Wirthschafts-Inspector *Zocher* 1863—1876.

Rendant *Richter* 1863—1873.

Rendant *Pfeil* 1873—1875.

Rendant *Müller* 1875, noch im Amte.

Wirthschafts-Inspector *Müller* 1877; noch im Amte.

Expeditions-Inspector *Schumann* 1863; noch im Amte.

Hierüber:

Auf der Meierei: Oekon.-Inspector *Uhlig* 1868—1873.

Oekon.-Inspector *Müller* 1873 nebst Frau; noch in Function.

Zur Erläuterung. Während bis 1863 die sogenannten Hausverwalter, bez. der Oekonomie-Director zugleich Kassenbeamte waren und als solche Hülfsbeamte (Accessisten, Expedienten) zur Verfügung hatten, traten von diesem Zeitpunkte an (unter Aufgabe der combinirten Direction) wirkliche Kassenbeamte als „Rendanten“ ein, während von jetzt an die Rechnungsführer das Prädicat „Wirthschafts-Inspector“ führen.

Die Zahl der Hülfsbeamten in allen Ressorts von 1829 an ist eine sehr grosse, da diese Posten bei bewährter Tüchtigkeit unter möglichster Berücksichtigung der Anciennität nur als durchgehende zu betrachten sind.

Für das früher durch den Oberaufseher mit verwaltete Inventarwesen wurde 1868 ein besonderer Unterbeamter als „Hausmeister“ eingestellt. An der Spitze des Aufseherpersonals und mit der Controle für pünktliche Ausführung directorieller Anordnungen beauftragt, steht der Oberaufseher. Zur Unterstützung und jeweiliger Stellvertretung der 4 als Staatsdiener verpflichteten Aufseher (über durchschnittlich 200 bis 220 Kranke mit 20 bis 25 Wärtern) dienen die Oberwärter (je 1). Die Zahl der Wärter stellt sich bei I. Klasse 1 : 6, bei II. Klasse 1 : 8 (ebenso bei Paralytikern und Epileptikern, welche zumeist in gesonderten Abtheilungen untergebracht sind), bei III. Klasse 1 : 10. Die Meierei mit 1 : 18 Bewohnern macht hiervon eine Ausnahme. Auch das Hauptthor der Anstalt ist mit einem „Aufseher“ besetzt, wie auch der Gärtner (von welchem in der besseren Jahreszeit etwa 60 Verpflegte beschäftigt und angelernt werden) dieses Dienstprädicat führt. Küche und Waschhaus, beide in ihren Einzelheiten mit Dampf betrieben, stehen unter einer Küchenaufseherin mit 4 und einer Wäschaufseherin mit 8 Dienstmägden. An beiden Orten helfen die verpflegten Frauen aus, welche zugleich die Ausbesserung der Wäschstücke besorgen. Ihnen sind 3 Wärterinnen beigegeben.

Natürlich fehlt es nicht an Expeditions- und Thorwärtern, Hausarbeitern und Zimmerleuten, deren Obliegenheit nebst dem Hausmaurer es ist, die ihnen zugewiesenen Pfleglinge bei dem Zimmern, Verglasen, Geräthanfertigen und Geräthrepariren, beim Mauern und Färben der Wände und Inventarstücke angemessen zu verwenden. Den Nachtdienst besorgt

der Nachtwächter und führt der Oberaufseher die Listen über die an mehreren Orten aufgestellten Nachtcontroluhren. Auch Schneider- und Schuhmacherwerkstatt unterstehen der Anleitung durch eigens angestellte Personen. — Die jüngeren Verpflegten erhalten durch einen (zugleich als Organist bei kirchlichen Handlungen besoldeten) Stadtschullehrer Turn- und Schulunterricht. —

Das eigentliche Dienstpersonal mit 2 Dampfmaschinenwärtern bis zum Oberwärter aufwärts repräsentirt eine Zahl von 113 Personen (100 Männer, 13 Frauen).

Die folgende Uebersicht soll allein die Hauptzüge der Bewegung zur Kenntniss bringen und zur Statistik einiger hervorragender Momente einen bescheidenen Beitrag liefern, wobei wir die 2 letzten Jahrzehende besonders in's Auge fassen.

Vom Tage der Eröffnung der Anstalt an bis Ende 1878 betrug die Gesammtzahl der Aufnahmen 4406

und zwar waren es Männer	3806
und Frauen	600
von welchen männliche Irre	3773
und weibliche Irre	571
Irre überhaupt	4344

62 Personen dagegen (33 M. u. 29 Frauen) Körperkranke etc. der oben bezeichneten Art, nebst einigen Correctionären (sittliche Verkommenheit) gezählt wurden.

Ueber diese letzteren sei nur kurz angeführt, dass 12 = 19,354 %
der Gesammtzahl, als 7 Männer = 21,272 %
und 5 Frauen = 17,241 % geheilt.
Dagegen 50 = 80,645 %,
worunter 26 Männer = 78,787 %
und 24 Frauen = 82,586 %
ihrer Gesammtziffer gestorben sind.

Mit dem Jahre 1856 verschwinden die nur wegen entstellender Krankheit Aufgenommenen, oder wegen Erblindung der öffentlichen Versorgung anheim gefallenen Pfleglinge ganz aus der Anstalt, nachdem ihr seit 1852 dergleichen Hülfsbedürftige nicht mehr zugewiesen worden waren.

Von den eigentlichen Irren mit 4344 Köpfen wurden:

1) geheilt oder wesentlich gebessert: 199 Pers. = 4,581%

und zwar von 3773 Männern 161 = 4,267%
von 571 Frauen 26 = 4,553%.

An Recidiven, die hier ausgeschlossen geblieben sind, zählten wir 16 (M. 15, Fr. 1 = zusammen 7,441%). Die geringe Zahl der Rückfälle wird nicht weiter befremden, wenn wir daran erinnern, dass erst in neuerer Zeit der Heilanstalt Sonnenstein zusteht, ihre Genesenen etc. nach dem Austritt aus der Anstalt sofort abzuschreiben, während für die Pfleganstalten ein 3jähriger Prüfungsurlaub fortbesteht, nach dessen Ablauf — sofern nicht besondere Verhältnisse eine frühere Entlassung räthlich erscheinen lassen — die definitive Entlassung aus der Anstalt zu erfolgen hat. Aus der Zahl der 198 Beurlaubten (173 M., 25 Fr.) kehrten vor Erreichung dieses Ziels in die Anstalt zurück 46 M., 1 Fr. = 47 = 23,73%. Wie ferner bei der Uebersiedelung von Waldheim hierher 12 Pers. (7 M., 5 Fr.) als Beurlaubte der Anstalt Colditz mit überwiesen wurden, so geschah dies auch von unserer Seite bei Versetzung der Frauen nach Hubertusburg mit 12 Frauen. — 20 Männer starben auf Urlaub (davon einer p. suicid.) = 10,10 und 131 = 16,16% blieben soweit genesen.

2) Ungebessert entlassen sind innerhalb 50 Jahren

42 {38 M. = 1,007%; 4 Fr. = 0,700%} = 0,969%.

3) Versetzt in andere Anstalten wurden:

661 {416 M. = 11,025%; 245 Fr. = 42,903%} = 15,216%

und zwar sind auswärtigen Behörden übergeben 1 M.
zur gerichtlichen Untersuchung gekommen 1 M.

an Strafanstalten abgegeben 6 {5 M.; 1 Fr.}

nach Sonnenstein überführt 18 {15 M.; 3 Fr.}

nach Hubertusburg überführt 245 {4 M.; 241 Fr.}

nach Hochweitzschen überführt (v. 1874 an) 390 M.

4) **Gestorben sind:**

$$2569 \left\{\begin{matrix} 2299\ \text{M.} \\ 270\ \text{Fr.} \end{matrix}\right. = \left.\begin{matrix} 60{,}932\% \\ 47{,}285\% \end{matrix}\right\} = 59{,}139\%.$$

5) **Entwichen und nicht wieder erlangt:** 9 M. = 0,238%.

6) **Auf Urlaub befindlich:** 31 M. = 0,816%.

7) **Im Bestand Ende 1878 verblieben:**

$$845 \left\{\begin{matrix} 819\ \text{M.} \\ 26\ \text{Fr.} \end{matrix}\right. = \left.\begin{matrix} 21{,}707\% \\ 4{,}553\% \end{matrix}\right\} = 19{,}452\%.$$

$$\text{Summa: w. o.} \left\{\begin{matrix} 3773\ \text{M.} \\ 571\ \text{Fr.} \end{matrix}\right\} = 4344\ \text{Köpfe.}$$

Letztere vertheilen sich in 18 Kranke I. Klasse, 99 Kranke II. Klasse und (incl. 26 Frauen) 738 Kranke III. Klasse.

Der Massenbewegung im Jahre 1845 und 1851, welche mit Entfernung der Frauen unserer Anstalt den Stempel der Männer-Pfleganstalt aufdrückte, sowie der durch Inslebentreten der Colonie vom Jahre 1868 an durchgeführten, endlich des vom Jahre 1874 an begonnenen sich jährlich zweimal wiederholenden Abzugs nach Hochweitzschen gedachten wir bereits früher.

Die hohe Sterblichkeitsziffer wird, wie wir zeigen werden, wesentlich durch die im unverhältnissmässigen Wachsen begriffene Ueberhandnahme der Paralysis alienator., weniger durch die immerhin beträchtlich gestiegene Zahl der Epileptiker bedingt. Die Abminderung der letzteren ist vielmehr erst in neuerer Zeit durch Translocation nach Hochweitzschen erzielt worden.

Im Jahre 1843 fand Refr. bei Revision eines Bestandes von 400 Kranken (247 M. u. 133 Fr.) 7 an allgemeiner Parese leidende Kranke (6 M., 1 Fr. $= \left\{\begin{matrix} 2{,}42\%\ \text{M.} \\ 0{,}75\%\ \text{Fr.} \end{matrix}\right\} = 1{,}70\%$) überhaupt vor, deren Zahl sich in den nächsten Jahren nur unwesentlich und nicht ausser Verhältniss vermehrte.

Erst im Jahre 1852 (nach Entfernung der Frauen) traten Erscheinungen bei den Aufgenommenen auf, welche eine rasche Zunahme dieser ominösen Form der Psychosen erkennen liessen. Wenn nach 1851 das procentuale Verhältniss der progr. Paralyse 2,30% nicht überschritten hatte (woran wahrscheinlich der schnelle tödtliche Ablauf der Krankheit vor

Aufnahme in unsere Anstalt den grössten Antheil gehabt hatte, da *Hofmann* in Leubus schon 1848 unter 211 Kranken 35 = 16,57% Paralytiker zählte), so stieg es schon 1852 auf 19 = 5,13% (370 Männer), erhob sich sogar im nächstfolgenden Jahre auf 32 = 8,41% des gesammten männlichen Cötus von 380 Personen, um zwar in den nächstfolgenden Jahrgängen wieder auf 5—6% herabzugehen, von 1857 an an aber durch ein weiteres Ansteigen die allgemeinere Verbreitung der paralytischen Form unzweifelhaft anzuzeigen. Noch schlagender geht dies aus dem Verhalten der in allgemeiner Fassung als Dem. par. bezeichneten Psychose zu den Aufnahmeziffern der Anstalt hervor. Wenn z. B. 1846 ein Beztand von 460 Personen (297 M., 163 Fr.), 9 Paralytiker (6 M., 3 Fr.) = 1,95% oder nach Geschlechtern geschieden 2,02% bei M. und 1,84% bei Fr. dargeboten hatte, im Verhältniss zur Aufnahmezahl aber bei M. (43) = 13,95%, bei Fr. (34) = 8,82% Paralytiker sich herausstellten, so waren im Jahre 1852 bei 82 neuen Aufnahmen bereits 19 = 23,17% unzweifelhafte Paralytiker, ja bei 77 neuen Aufnahmen im Jahre 1853 das paral. Irresein sogar mit 41,55% vertreten. Wenn nun auch dies letztgenannte Jahr eine ausnahmsweise Erhöhung darlegt, welche ihre Begründung in ungewöhnlichen Lebensverhältnissen finden könnte, so lässt sich doch aus dem Umstehenden ersehen, dass der Durchschnitt des Jahrzehend 1859/1868 mit 25 männl. Paralytikern zur Durchschnittszahl der Aufnahmen (98) pro Jahr = 25,51% bereits im nächsten Jahrzehend 1869/1878 mit 41 paralyt. Psychosen zu 134 Jahresdurchschnitt der Aufnahmen = 30,05% abermals um 4,54% überschritten wird, die Schlussfolgerung entnehmen, dass wir bei Fortbestehen der bisherigen Nothstände noch nicht an der Grenze dieses Ueberwucherns perniciöser Hirnerkrankungen mit psychischer Störung angelangt sind. Die obige Behauptung, dass die Zunahme der Paralytiker, deren Krankheitsverlauf durchschnittlich nach den hier gemachten Erfahrungen in 1½—2 Jahren mit dem Tode abschliesst, besonders ungünstig auf die Sterblichkeitsziffer einwirkt, lässt sich in nachstehender Tabelle erweisen. So starben

Im Jahre									
1859	55 M.	= 11,34%,	davon	20 Paral. (v. 54 Best. u. Aufn.)	= 36,36%	der Todesfälle überh.;		Endbestand	33.
1860	53 M. 1 Fr.	= 10,28%,	davon	18 Paral.	(b. 21 Aufn.) = 33,96%	d. Todesf.;		Endbest.	36.
1861	55 M.	= 9,89%,	"	18 "	(b. 22 Aufn.) = 32,72%	"	"	"	39.
1862	56 M.	= 9,55%,	"	20 "	(b. 24 Aufn.) = 35,71%	"	"	"	41.
1863	52 M. 1 Fr.	= 9,67%,	"	17 "	(b. 16 Aufn.) = 32,69%	"	"	"	40.
1864	74 M.	= 12,01%,	"	25 "	(b. 26 Aufn.) = 33,78%	"	"	"	41.
1865	93 M. 3 Fr.	= 14,90%,	"	36 "	(b. 43 Aufn.) = 38,70%	"	"	"	47.
1866	55 M.	= 8,13%,	"	23 "	(b. 17 Aufn.) = 41,81%	"	"	"	40.
1867	67 M. 1 Fr.	= 9,48%,	"	25 "	(b. 33 Aufn.) = 37,31%	"	"	"	46.
1868	71 M. 2 Fr.	= 10,05%,	"	29 "	(b. 26 Aufn.) = 40,84%	"	"	"	42.
1869	85 M.	= 10,13%,	"	34 "	(b. 34 Aufn.) = 40,00%	"	"	"	42.
1870	88 M. (Lungen-affect.)	= 10,16%,	"	36 "	(b. 30 Aufn.) = 40,90%	"	"	"	36.
1871	102 M. 1 Fr. (Lungen-affect.)	= 13,31%,	"	37 "	(b. 38 Aufn.) = 36,27%	"	"	"	37.
1872	87 M. (Lungen-affect.)	= 10,40%,	"	36 "	(b. 49 Aufn.) = 41,37%	"	"	"	50.
1873	98 M. 2 Fr.	= 11,90%,	"	34 "	(b. 25 Aufn.) = 34,69%	"	"	"	41.
1874	77 M. 1 Fr.	= 10,95%,	"	21 " (26 versetzt nach Hochweitzschen)	(b. 43 Aufn.) = 27,27%	"	"	"	37.
1875	60 M.	= 8,39%,	"	17 Paral. (16 versetzt)	(b. 39 Aufn.) = 28,33%	"	"	"	43. 1 Fr.
1876	55 M. 1 Fr.	= 7,58%,	"	15 Paral. (30 versetzt)	(b. 49 Aufn.) = 26,78%	"	"	"	47. 1 Fr.
1877	48 M. 1 Fr.	= 6,11%,	"	24 (1 Fr.) Paral. (22 versetzt)	(b. 45 Aufn.) = 50,00%	"	"	"	46. 1 Fr.
1878	67 M. 2 Fr.	= 8,16%,	"	29 (1 Fr.) Paral. (14 versetzt)	(b. 59 Aufn.) = 42,03%	"	"	"	60.

Wie ferner weit die Raumbeschränkung in einer Irrenanstalt namentlich der progressiven Paralyse verderblich wird durch Begünstigung von Athmungsaffectionen aller Art, geht aus den Jahren 1864—1865, wo es während der Erbauung eines für 200 Kranken bestimmten Gebäudes an genügenden Parterreräumen gefehlt hatte, sowie aus den gleichen Ergebnissen der Jahrgänge 1870—1873 des Weiteren hervor, bis durch die Aushilfe mit Hochweitzschen von 1874 an eine sehr merkliche Abnahme der Todesfälle durch entsprechende Entlastung der paralytischen und epileptischen Abtheilung erzielt werden konnte, die aber nach eingetretener Sättigung von Hochweitzschen und deshalb gebotener Abminderung dahin abzusetzender Kranker der genannten Klasse bereits im letzten Jahrgange dem dunklen Schatten der Ueberfüllung auf dieser unserer Anstalt wieder zu weichen anfängt. — Einschliesslich eines Bestandes von 27 M. sind vom Jahre 1859—1878 paralytische — immer nur die allgemeine P. angenommen — Pfleglinge nach Höhe von 693 Köpfen hier untergebracht gewesen von 2339 M., 40 Fr. = 29,12% der Aufnahmen seit 1859.

Davon sind in der Anstalt

gestorben:	514 =	74,17%,
nach Hochweitzschen versetzt: .	108 =	15,58%,
im Bestand verblieben:	60 =	8,88%,
gebessert entlassen:	6 =	0,86%,
ungebessert zurückgenommen:	5 =	0,72%.

Wird nun nach Ausweis der Jahres-Endbestände das Plus der Paralytiker nahezu durch erhöhte Mortalität dieser Kategorie ausgeglichen, so fand dies bei der Epilepsie keineswegs in demselben Maassstabe statt, da hier im Allgemeinen eine ungleich rüstigere Körperbeschaffenheit und günstigere Altersverhältnisse ein Gegengewicht bieten, welches den ersteren abgeht.

Die Epileptiker wiesen Anfangs 1859 einen Bestand von 69, einschliesslich 1 Frau auf.

Versetzung nach Hochweitzschen.	Jahre.	Zahl der Aufgenommenen überhaupt.	Sterbl. Procent.	Aufgenommene Epileptiker.	Sterbl. Procents. der Epileptiker zu d. Gesammt-Todesfällen.
—	1859	91 M.	11,34%	22	7 = 12,54%
—	1860	85 / 9 } = 94 „	10,28 „	19	8 = 15,09 „
—	1861	93 „	9,89 „	24	15 = 27,27 „
—	1862	94 „	9,55 „	23	13 = 25,00 „
—	1863	83 / 3 } = 86 „	8,67 „	19	17 = 32,69 „
—	1864	84 / 3 } = 87 „	12,01 „	21	18 = 19,35 „
—	1865	133 / 4 } = 137 „	14,90 „	12	12 = 16,21 „
—	1866	101 „	8,13 „	16	11 = 20,00 „
—	1867	128 „	9,48 „	32	9 = 13,43 „
—	1868	93 / 4 } = 97 „	10,21 „	12	22 = 30,13 „
			M. Best.	269	132 = 49,43%
—	1869	119 M.	10,13%	20	11 = 12,94%
—	1870	103 „	10,16 „	24	14 = 15,90 „
—	1871	137 / 4 } = 141 „	13,31 „	21	22 = 21,50 „
—	1872	154 „	10,40 „	25	28 = 20,68 „
—	1873	109 / 5 } = 114 „	11,90 „	32	13 = 13,26 „
20 M.	1874	116 „	10,95 „	27	17 = 22,97 „
25 „	1875	150 / 3 } = 153 „	8,39 „	33	17 = 28,33 „
11 „	1876	167 „	7,58 „	28	7 = 12,50 „
13 „	1877	163 / 5 } = 168 „	6,11 „	30	2 = 4,16 „
10 „	1878	172 „	8,16 „	29	11 = 16,62 „
79 M.	Summa 29,36%			269	gest. 132 = 49,43%

Ein Vergleich der Mortalität zwischen Paralytikern und Epileptikern ergiebt bei den letzteren in 20 Jahren:

Von 538 Aufgenommenen starben:	264	=	49,0%
wurden versetzt:	79	=	14,68%
geheilt (?) od. gebessert entlassen:	57	= 10,5%	} 13,38%
ungebessert entlassen od. zurückgenommen	15	= 2,78%	}
in Bestand verblieben:	123 (1 Fr.)	=	22,8
			99,9

wonach also den Epileptikern ein um 25,10% günstigeres Mortalitätsverhältniss zukommt, ungeachtet ihre Gesammtzahl gegen die der Paralytiker um 155 = 22,36% zurücktritt, bei deren Anrechnung die Epileptiker noch günstiger gestellt werden würden.

Nach den Ergebnissen des letzten Jahrzehends scheint die Mehrzahl der Epileptiker aus der Mitte der Landbewohner, dagegen die überwiegende Zahl der Paralytiker aus den Städten zu kommen, welche Wahrnehmung nach den ätiologischen Momenten und der auf dem Lande herrschenden Vorliebe für sympathische etc. Kuren gegen Krampfkrankheiten sehr erklärlich ist. Die letzten 3 Jahre von 1876—1878 ergeben
z. B. von 254 Städtebewohnern 35 Epileptiker = 13,74%
und 95 Paralytiker = 37,40%,
wogegen unter 753 Landbewohnern 58 Epileptiker = 22,92%
und 59 Paralytiker = 23,32%
sich befunden hatten. Doch lassen auch die genannten Jahre eine Zunahme der Paralysen auch unter den Psychopathien des Landvolkes erkennen, denn 1876 giebt unter 71 Landbewohnern 22,53%, 1877 unter 93 zwar nur 17,20%, aber 1878 unter 89 Bewohnern 26,96% Paralytiker zu erkennen.

Wenn die allgemeinen Aufnahmen in den früheren Jahrzehenden nahezu durch den Abgang ausgeglichen wurden und demnach vorherrschend nur ein langsames Anwachsen des Anstaltscötus um 2—3% zu verzeichnen war, zeichnen sich besonders die letzten Jahrgänge durch einen starken Zudrang directer Zuführungen (nicht von anderen Anstalten kommenden Kranker) aus, deren überschiessender Bestandtheil über den regelmässigen Abgang zwischen 5—12% schwankend durch den Abfluss nach Hochweitzschen nur vorübergehend zu beseitigen war, um die Anstalt weiterhin aufnahmefähig zu machen. So haben die Aufnahmen von 1874—1878 sich von 115 auf 172 erhoben, was eine Vermehrung von 56 = 48,27% bedeutet, während die Jahresendbestände in dem gleichen Zeitraum, ungeachtet der Ueberweisung von 390 M. nach Hochweitzschen von 712 auf 845 Köpfe, bez. um 15,67% gestiegen sind und zwar wesentlich durch die Verminderung des Abganges. Am meisten lastet, wie oben gezeigt worden, die rasch wieder-

kehrende Ueberfüllung auf den epileptischen und paralytischen Abtheilungen, welche nicht in dem gewünschten Maasse auf der Stufe entsprechender Raumzutheilung zu erhalten sind, obwohl seit einigen Jahren die verlässigsten Epileptiker an Zahl 23—25 in der Meierei Platz gefunden haben.

Unter den fatalen Ereignissen, welche keiner Irrenanstalt erspart bleiben, stehen wohl die Selbsttödtungen oben an. Auch wir glauben, dass dieselben einigermaassen mit der Belegung einer Anstalt in einem bestimmten Verhältnisse stehen, ähnlich wie dies von den Entweichungen gelten kann.

In dem Decennium von 1841—1850 wurden 20 Selbstmordattentate verzeichnet, davon 5 = 20% mit tödtlichem Erfolge. In dem nächstfolgenden gleichen Zeitraum bis 1860 erreichte der Selbstvernichtung anstrebende Irre unter 19 Fällen nur 1 mal seinen Zweck (Strangulat.). Von 1861—1870 betheiligten sich an 36 Versuchen 3 Frauen. Ein Melancholiker (in Zschadrass) kam beim Wasserholen, welches Geschäft er täglich pünktlich besorgt hatte, auf die seiner Verrichtung verwandte Idee, den nahen Fluss aufzusuchen und ertränkte sich in demselben, ein zweiter Melancholiker zerriss sich förmlich mit einem aufgefundenen stumpfen Messer Nachts die Radialarterien und verblutete. Die beiden übrigen Versuche konnten rechtzeitig vereitelt werden. In den folgenden Jahren bis mit 1878 waren es 25 Kranke, davon 1 nach vorheriger Entweichung sich ertränkte, 2 durch Strangulation und 1 durch Schädelzertrümmerung in Folge des Sturzes aus einem gewöhnlich geschlossenen Corridorfenster des Krankenhauses endeten. Somit beträgt die Summe aller in 38 Jahren, welche eigner Beobachtung zugängig waren, ernstlich angestrebter Selbstmordversuche 100, von denen 12 = 12,00% ihren Zweck vollständig erreichten.

Als eine zweite, nach ihrer Entstehung noch viel bestrittene Besonderheit in den Krankheitserscheinungen der Irren, deren unbedingte Anerkennung der Entstehung aus traumatischen Ursachen nach hiesigen Erfahrungen nicht zuges— werden kann, ist das Hämatom, welches an versch Körperstellen, vorzugsweise jedoch an den Ohren (v hier erst 1843 entdeckt und anfänglich als Ecchyni

1844 aber wegen seiner Aehnlichkeit mit der Kopfblutgeschwulst Neugeborener als Hämatom aufgeführt) und unter der Kopfhaut zu bezeichnen.

Vielleicht interessirt es, die Zahl derselben innerhalb eines längeren Zeitraumes kennen zu lernen. Mit Ausnahme einer Minderzahl, welche nach Höhe von 30,50% auf verwirrte und tobende Epileptische, sowie auf Blödsinn mit periodischer Erregung entfallen, ist das Hämatom zu 69,49% bei allgemeiner Paralyse und zwar keineswegs ausschliesslich in den Erregungsphasen vorgekommen.

1843	2	Othaem.	bei M.	1861	8	Othaem.	bei M.
1844	8	„	„ 7 M., 1 Fr.	1862	7	„	„ „
1845	3	„	„ M.	1863	3	„	„ „
1846	5	„	„ „	1864	7	„	„ „
1847	7	„	„ „	1865	7	„	„ „
1848	4	„	„ „	1866	12	„	„ „
1819	3	„	„ „	1867	19	„	(incl. 1 Cephal)
1850	10	„	(incl. 2 Cephal. b. 8 M., 1 Fr.)	1868	12	„	bei M.
1851	4	„	bei M.	1869	14	„	„ „
1852	3	„	„ „	1870	16	„	„ „
1853	4	„	(incl. 1 Cephal.)	1871	15	„	„ „
1854	8	„	(incl. 4 Cephal.)	1872	15	„	(incl. 3 Cephal.)
1855	3	„	bei M.	1873	18	„	(incl. 1 Cephal.)
1856	6	„	„ „	1874	15	„	bei M.
1857	3	„	„ „	1875	4	„	(incl. 1 Cephal.)
1858	9	„	(incl. 1 Cephal.)	1876	10	„	(incl. 1 Cephal.)
1859	10	„	bei M.	1877	9	„	(incl. 1 Cephal.)
1860	15	„	(mit 7 Recid.)	1878	8	„	bei M.

in Summa 306 (3 Fr.) incl. 16 Cephal.

Die Behandlung war theils exspectativ, in der Mehrzahl der Fälle aber die Resorption anregend (Tr. jod. cctr. äusserlich). Im Uebrigen beziehen wir uns auf das früher in diesem Journal Dargelegte.

Die Todesursachen der $\left\{\begin{array}{l}\text{2299 M.}\\ \text{270 Fr.}\end{array}\right.$ = 2569 innerhalb des halben Jahrhunderts waren folgende:

Hyperaemia cerebri (bes. Epilept.)	74 M.,	13 Fr.	
Meningitis ac. x. purol (cerebr.-spin.)	7 „	— „	
Malacia cerebri	42 „	1 „	304 M., 18 Fr.
Abscess. cerebri	7 „	— „	322.
Apoplex. cerebri	76 „	2 „	
Hydroceph. c. atroph. exquis. . .	98 „	2 „	
Tuberculos. pulmon. utr. . . .	724 „	72 „	
Pneumonia	462 „	7 „	
Pleuritis (c. pericardit.)	108 „	6 „	1534 M., 137 Fr
Emphysema pulm.	6 „	5 „	1671.
Haemorrh. pulm.	4 „	— „	
Cat. bronch.	14 „	— „	
Oed. pulmon.	216 „	47 „	
Herz- und Gefässkrankheiten			
Rupt. cord. 2, Aneur. dissect. 3	54 „	4 „	= 58
(Peri- c. endocardit. als Todesursache!)			
Catarrh. intest.	22 „	9 „	= 31
Typhus abd. c. Febr. typhod. . .	106 „	19 „	139 M., 22 Fr.
Dysenteria	21 „	3 „	155.
Variolois c. variola	6 „	— „	
Magengeschwür (m. Blutung) . .	9 „	2 „	
Scorbut. Blutung	11 „	— „	
Pyaemia	36 „	— „	
Erysipelas faciei	5 „	1 „	
Peritonitis	39 „	3 „	
Icterus	3 „	1 „	
Phlebitis	1 „	1 „	
Marasmus univ.	29 „	37 „	
Hydrops. univ.	20 „	20 „	
Gangraena (pulm. utr.)	24 „	1 „	
Carcinoma (orgg. intr.)	39 „	11 „	= 50
Caries	4 „	— „	
Nephrit. ac. parenchym.	16 „	2 „	
Cystitis ect.	4 „	1 „	
Suicidium	12 „	— „	
Summa:	2299 M.,	270 Fr.	
	2569.		

Im ersten Jahrzehend starben zwischen 6,94% u. 11,27% (1831).

Im zweiten Jahrzehend starben zwischen 3,97 u. 10,76% (1848).

Im dritten Jahrzehend starben zwischen 9,78% im J. 1850 u. 17,31% (1858).

Im vierten Jahrzehend starben zwischen 8,13% im J. 1866 u. 14,90% (1865).

Im fünften endlich starben zwischen 6,11% im J. 1877 u. 13,31% (1871).

Es starben aber demnach an:

1) Gehirnkrankheiten: 322 = 12,53%
und zwar von 2299 M. 304 = 13,22%,
„ 270 Fr. 13 = 6,66%, ferner

2) An acuten und chron. Lungenaffectionen: 1671 = 65,04%,
bei 1534 M. = 66,72%,
„ 137 Fr. = 50,70 „

wobei darauf hinzuweisen ist, dass ein nicht geringer Antheil der Todesfälle an Tuberkulose, besonders aber der Pneumonie und Pleuritis bei Männern auf der allgemeinen Paralyse lastet.

Speciell an Tuberkulose starben:
724 M. = 31,49% d. Männer,
72 Fr. = 26,66 „ „ Frauen.

Speciell an Pneumonie starben:
462 M. = 20,09% d. Männer,
7 Fr. = 2,59 „ „ Frauen.

3) An Herz- und Gefässkrankheiten starben:
54 M. = 2,34% d. Männer,
4 Fr. = 1,48 „ „ Frauen.

4) An zymotischen (Infectionskrankheiten allgem. Art)
133 M. = 5,78% d. Männer,
22 Fr. = 8,14 „ „ Frauen.

NB. Ein Ergebniss, das nicht ganz zutreffend und dessen muthmaasslicher Unterwerth wohl aus der in frühster Zeit gewöhnlich unsicheren Bezeichnung zu erklären sein möchte.

5) An Darmcatarrh 0,95 M., 3,33 Fr.

6) Magenblutung, allgem. Blutsepsis und Pyäm. 2,47 M., 0,36 Fr.

7) An Gesichtserysipel (bez. Capillit.) 0,21 M., 0,37 Fr.

8) An Bauchfellentzündung, Icterus, Phlebit. 1,87 M., 1,85 Fr.

9) An allgem. Marasmus und Hydr. univ. 2,13 M., 21,11 Fr.

10) An Gangraena pulm. k. senil. 1,04 M., 0,37 Fr.

11) An Carcinoma orgg. intr. 1,69 M., 4,07 Fr.

12) An Caries vertebrar. ext. 0,17 M., — Fr.

13) An Nephritis acut. parenchym. 0,69 M., 0,74 Fr.

14) An Cystitis m. Infiltration 0,17 M., 0,37 Fr.

15) An Suicidium 0,52 M., — Fr.

An wichtigeren Vorkommnissen bez. Epidemien sind zu erwähnen:

1) Febr. intermitt. (quotid. k. tertiam) in den Jahren 1840—1850 zu 1—4 Fällen im Jahre, das sich seitdem nicht wieder gezeigt hat.

2) Typhus abdom. (Flecktyphus kam nicht vor) vom Jahre 1848 an bis 1856 in epidem. Verbreitung mit 209 Fällen, von denen 116 = 55,50% tödtlich endeten. Die grösste Ausdehnung erlangte derselbe 1849 mit 31 Fällen (13 gest.), 1851 mit 28 (15 gest.), 1853 mit 39 (21 gest.) und 1854 mit 40 (incl. 1 Fr.) und 20 Todesfällen.

3) Scorbutus. Derselbe begann im Jahre 1850 mit 13 Fällen (5 gest.), erhob sich 1853 zu 67 (mit 26 Todesfällen), 1854 zu 76 (mit 24 Todesf.), erreichte seine Höhe 1855 mit 84 (34 Todesf.), sank im nächstfolgenden Jahre zu 57 (mit 20 Todesf.) herab und erlangte von jetzt ab weder die frühere Höhe wieder, noch konnte er ferner als nächste Todesursache angesehen werden. Er trat lediglich bei Männern, vorzugsweise bei Paralytikern auf und konnte seine Entstehung und Verbreitung hauptsächlich deren körperlichem Verfalle, mit dem die Mehrzahl der Kranken in die Anstalt eingetreten, beigemessen werden, wie denn überhaupt bei chron. Psychopathien der Männer die paralytische Schwäche des vasomotorischen Nervensystems früher zu Blutaustretungen und Hydrämie zu führen scheint, als bei Frauen. Gleichwohl war es auch die Zeit der „Entreprise", welche ohne Zweifel der gesunkenen Ernährung nicht die erforderliche Nahrungszufuhr verschaffen liess und in unseren Augen dieses System v[illegible] Wie beschrieben, ist auch dasselbe hoffentlic[illegible] gegeben worden.

4) Die Conjunctivitis catarrh. entwickelte sich etwa 1874 mit leichteren Formen auftretend und durch ihre schnell ansteigende Frequenz zu besonderen Maassnahmen auffordernd vom Juli 1862 an zum Trachom, stieg im Jahre 1864 zu 102 Fällen granul. Ophthalm. auf, ging im nächsten Jahre auf 77 Fälle herab, um sich bis zum Jahre 1873 allmälig auf 4 im letzten Jahre abzumindern.

5) Dysenterie und Diphtheritis machten sich nur vereinzelt, besonders in den Jahren 1855—1858 bemerkbar.

6) Morbilli sind nur 61 mit 2 Fällen zu erwähnen, dagegen trat

7) Variola haemorrhag. und Variolois in Folge der Einschleppung aus der Stadt, wo eine ausgedehnte Epidemie mit grosser Kindersterblichkeit herrschte, bei 67 Verpflegten und 5 Wärtern auf. Todesfälle kamen 5 bei Verpflegten, 2 bei Wärtern vor.

8) Die Pneumonie wurde besonders seit 1869 den Paralytikern verderblich: Seit 1870 sind 409 catarrh., croupöse und hypostat. Pneumonien beobachtet worden. Ihr erlagen 306 (einschl. 1 Fr.) = 74,81 %. Trichinose wurde nur in einer Leiche (Fleischer) constatirt (im abgekapselten Zustande des Wurms) zahlreich verbreitet.

Von Carcinoma werden regelmässig des Jahres 3—4 Fälle, darunter Medullarkrebse im Gross- und Kleinhirn bei der Obduction vorgefunden.

Syphiloma haben wir bis jetzt nur 3 mal bei während des Lebens nachgewiesener Lues vener. constatiren können.

Die Tuberkulose und Lungenschwindsucht (unter welche die in den ersten 10 Jahren häufig aufgeführte „Abzehrung" rubricirt worden ist) hat in den meiner Beobachtung zugängigen 38 Jahren nur zwischen 12—25 % der Todesfälle verursacht. Eine Berichtigung dieses Missverhältnisses war aber wegen Mangels der bez. Sectionsprotocolle unmöglich.

Die früher gebräuchliche Eintheilung des Bestandes nach der Erscheinungsform der Psychosen (in Melancholie, Manie, Wahnsinn und Blödsinn) war schon deshalb eine mangelhafte, weil sowohl Epilepsie, als Paralyse nach vorübergehenden Erregungs- oder Depressionszuständen in dieses Schema einzu-

reihen war. Wir beschränken uns daher darauf, einen summarischen Ueberblick aus den letzten 3 Jahren zu geben, welchem das neue Reichsschema zu Grunde gelegt ist.

	Zahl d. Verpflegungstage:			Verpflegt wurden:		Erblichkeit b.	Sterblichkeit.
76.	272365	f. M. 263440 f. Fr. 8925	—	i. Durchsch.	712 M. 25 Fr.	735 = 37,04%	— 7,37% (273 Köpfe vom Ges.-Bestand).
77.	285065	f. M. 275801 f. Fr. 9264	—	„ „	756 M. 25 Fr.	781 = 32,92% (b. 167 Aufn.)	— 6,27%
78.	299622	f. M. 290132 f. Fr. 9490	—	„ „	795 M. 26 Fr.	821 = 32,90% (b. 172 Aufn.)	— 8,40%.

Nach der Erhebungsformel des Deutschen Reiches wurde der Bestand unterschieden, vom Jahre 1876—1878:

	Ende 1876.		Hinzukamen 1876:	1877:		1878:	Abgang in 3 Jahren:	
Melancholie. .	14 M.	— Fr.	3 M.	5 M.	— Fr.	3 M.	14 M.	— Fr.
Manie	15 „	2 „	11 „	7 „	— „	7 „	16 „	— „
Sec. Störung .	418 „	19 „	60 „	54 „	5 „	50 „	92 „	1 „
Paralyt. Störung	46 „	1 „	49 „	45 „	— „	59 „	132 „	1 „
Epilept. Störung	102 „	1 „	28 „	29 „	— „	27 „	62 „	— „
Imbecil. und Idiotism. . .	130 „	— „	15 „	23 „	— „	26 „	56 „	1 „
Delir. potat. . .	2 „	— „	1 „	— „	— „	- „	1 „	— „
	727 M.	24 Fr.	167 M	163 M.	5 Fr.	172 M.	373 M.	3 Fr.
	751			168				

Der Gesammtcötus ist, wie oben bemerkt, in 3 Verpflegklassen getheilt, deren Normalsatz gegenwärtig für Inländer bei:

I. Klasse 756 M. (pro Tag 2 M. 10 Pf.) neben 162 M. Berechnungsgeld. II. Klasse 450 M. (pro Tag 1 M. 25 Pf.) neben 90 M. Berechnungsgeld. III. Klasse 216 M. (60 Pf.) beträgt. Gemeinden zahlen 108 M. (30 Pf. pro Tag).

Ein Vergleich des Einnahme- und Ausgabe-Budgets zwischen 1858 und 1878 ergiebt sich aus folgender Zusammenstellung.

Einnahme durch Verpfleg. Zahlung u. sonst. Einkünfte.		Ausgabe.	Staatszuschuss.	Durchschnitt.
1858.	64094 M. 59 Pf.	142389 M. 45 Pf.	78294 M. 86 Pf.	bei 459 Köpfen pr. Jahr u. Kopf = 310 M. 20 Pf.
1878.	150582 M. 71 Pf.	415564 M. 50 Pf.	264981 M. 79 Pf.	bei 821 Köpfen pr. Jahr u. Kopf = 518 M. 35 Pf.

Sonach steht der durch angemessene Erhöhung der Verpfleggeldersätze um $2^1/_2$ gesteigerten Einnahme eine um das Dreifache gestiegene Ausgabe im Jahre 1878 gegenüber.

Beköstigung.	Bekleidung. pr. Kopf u. Jahr.	Lagerung. pr. Kopf u. Jahr.	Wäsch- u. Körperreinigung. pr. Kopf u. Jahr.	Benefic. u. Ergötzlichkeiten. pr. Kopf u. Jahr.
1858.				
I. Kl. 243 M. 40 Pf. jährlich; pr. Tag u. Kopf 66,68 Pf. II. Kl. 140 M. 55 Pf. jährlich; pr. Tag u. Kopf 38,50 Pf. III. Kl. 115 M. 19 Pf. jährlich; pr. Tag u. Kopf 31,56 Pf.	35 M. 43 Pf. NB. Für Bekleidung, Ergötzlichkeiten etc. kommt b. d. I. u. II. Kl. d. Berechnungsgeld auf.	7 M. 38 Pf.	2 M. 75 Pf.	3 M. — Pf.
1878.				
I. Kl. 402 M. 82,68 Pf. jährlich; pr. Kopf u. Tag 1 M. 10,36 Pf. II. Kl. 232 M. 95,01 Pf. jährlich; pr. Tag und Kopf 63,82 Pf. III. Kl. 152 M. 04,42 Pf. jährlich.	32 M. 65 Pf.	12 M. 15 Pf.	9 M. 67 Pf.	11 M. 19 Pf. mit Specialconto v. 5 M. p. Kopf. Das Uebrige Arbeitslöhne.

Der Gesammtaufwand bei III. Kl. stellt sich
1858 auf 163 M. 75 Pf.,
dagegen 1878 auf 207 M. 70,42 Pf.,
folglich im letzteren Jahre um 43 M. 95,42 Pf. höher.

Der bauliche Aufwand (mit Ausschluss bes. Bewilligung für Neubauten) an Reparaturen aller Art betrug:

im Jahre 1858: 27931 M. 5 Pf.,
„ „ 1878: 40438 „ 83 „

Beschäftigung. Seit einer langen Reihe von Jahren hat man eine zweckmässige Auswahl der Beschäftigung für Geisteskranke als eine äusserst wirksame Unterstützung der Heilbemühungen betrachtet. Wenn diese auch bei acutem Verlaufe der psychopathischen Processe manche Beschränkung erleidet, so ist sie bei den chronisch gewordenen Psychosen unstreitig nicht zu entbehren, um den Kranken vor weiterem Versinken und geistigem, wie körperlichem Verfall zu bewahren. Bei einer Bevölkerung, deren grosse Mehrzahl bis zum Ableben in der Irrenanstalt ihre Heimath zu finden hat, tritt eine weise Uebung der vorhandenen Kräfte in den Vordergrund und wird unbestritten das Hauptmittel sein, um die Theilnahme des Kranken zu beleben und den schlummernden oder abnormen Thätigkeitsdrang in naturgemässe Bahnen zu lenken. Je stätiger die Bevölkerung, desto mehr ist der Stagnation und, der Vis inertiae der Irren und ihrer Umgebung. entgegen zu arbeiten. Das Aufsuchen und die Auswahl passender und anregender Arbeit ist daher eine wichtige, wenn auch nicht immer leichte Aufgabe für den Irrenarzt an Pflegeanstalten. Dieser Erkenntniss hat auch unsere Anstalt sich nie verschlossen und man ist von jeher bedacht gewesen, durch Mannigfaltigkeit und Wechsel in den Beschäftigungen, Belebungen und Ermunterungen durch Geschenke und Ergötzlichkeiten aller Art frisches Leben in die Anstaltsbewohner zu bringen, ohne den berechtigten Anspruch der Kranken auf rechtzeitige Ruhe und Erholung zu verkümmern. Eine Tretmühle soll die Irrenanstalt nicht sein und daher sich nie auf den Weg zu rücksichtsloser Abnutzung und „Verwerthung" der physischen Kräfte verirren. Jederzeit ist der Arbeit im Freien so weit als möglich der Vorzug eingeräumt worden, wozu in der besseren Jahreszeit die Anstaltsgärten und Anlagen ein immerhin ausgedehntes Arbeitsfeld geboten haben. Schon in den 50er Jahren hoffte man bei der damals in Aussicht stehenden Veräusserung des sogenannten Thiergartens einen

Theil desselben mit dem Forsthause und den dazu gehörigen Wirthschaftsgebäuden erwerben und zu einem äusseren Filial umschaffen zu können. Durch die Ungunst der Umstände fiel dieser Plan: auch war die Zeit noch nicht gekommen, wo man sich von der Idee des absoluten Internats zu Gunsten einer wohlwollenden Beurtheilung und Befreiung der Irren aus dieser Haft bestimmen lassen mochte. Erst *Griesinger* brach diesen Bann durch kühne, wenn auch nicht allseitig gebilligte Vorschläge. Hier war bereits 1864 ein Versuch gemacht worden, 3 männl. Verpflegte in dem (früher für Pensionärinnen bestimmten) Gartengebäude, das auf der der Anstalt gegenüber liegenden Höhe erbaut ist, unterzubringen, wo sie sich noch befinden und nur mit der Gärtnerfamilie verkehren, den Frieden dieser häuslichen Familie theilend. Seit 1868 erweiterte die Gründung der Meierei das freie Arbeitsgebiet bedeutend und brachte mit dem Wechsel dieser Schöpfung Vielen ebenso neue, als auch mit Eifer ergriffene und zu sichtlicher Befriedigung gereichende Beschäftigungen, wie sie nur ein grosser Gutscomplex, der rationell betrieben wird, zu bieten vermag.

Zum Schluss möge noch eine kurze Aufzählung der Arbeiten stattfinden, welche — nachdem der Tabaksbau, die Cigarren- und die Dütenfabrikation aus verschiedenen Gründen in Wegfall gekommen sind, noch gegenwärtig betrieben werden.

Mit Einrechnung von durchschnittlich 278 Meiereiarbeitern (ausschliesslich 5 nicht beschäftigte Kranke I. und II. Klasse) zählten wir bei einem Monatsbestand von 845 Köpfen 647 Arbeiter (= 76,56%). Von I. und II. Klasse waren 44 Personen betheiligt. Nach Abzug von 190 regelmässig nur mit Charpiezupfen und Federschleissen beschäftigten Verpflegten verbleiben in der Anstalt noch 179 brauchbare Arbeiter, zu denen in der besseren Jahreszeit noch 11 hinzutreten (als Gartenarbeiter). Der Tag wird durchschnittlich zu 7 Stunden gerechnet.

Demnach kommen auf:

1) 4 männl. Waschgehülfen	pr. Monat	224	Stund.	= 32	Tage.
2) 3 männl. Schirrkammerarbeiter	„ „	224	„	= 32	„
3) 25 weibl. Arbeiter in Küche, Waschhaus u. Nähstube	„ „	210	„	= 30	„
4) 7—8 Schneidergehülfen .	„ „	203	„	= 29	„
5) 3—4 Maurergehülfen . .	„ „	189	„	= 27	„
6) 12—13 bei Brennmater. beschäft.	„ „	182	„	= 26	„
7) 42 Gartenarbeiter . .	„ „	154	„	= 22	„
8) 15 Schuhmachergeh. und Tuchsohlenarb. . . .	„ „	140	„	= 20	„
9) 22 häusl. Arbeiter in d. Abtheilungen	„ „	133	„	= 19	„
10) 6 Schreiber für d. Expeditionen	„ „	119	„	= 17	„
11) 48 Strohflechter u. Rohrstuhlflecht.	„ „	112	„	= 16	„

Im allgemeinen Durchschnitt ergiebt dies per Kopf und Monat 270,0 Tage. Die Summe der Arbeitszeit à 7 Stund. pro Tag würde 50722 Tage betragen haben.

Wohl sind manche der im 18. B. 6 H. dieser Zeitschrift ausgesprochenen Wünsche bisher nicht in Erfüllung gegangen: wohl lastet auch auf unserer Anstalt noch das Prinzip absoluter Trennung heilbarer und unheilbarer Irrer, dessen Durchführung für Aerzte und Heilpersonal, wie für Kranke und deren Angehörigen — nomen et omen! — die Versorganstalten als ein trauriges Arbeitsfeld erscheinen lässt. Dennoch hat auch hier die Pflege des wahrhaft patriarchalischen Geistes — so oft er und selbst in frivoler Weise angegriffen und bespöttelt worden ist — manche segensreiche Früchte getragen und vielen Kranken die Gewissheit gebracht, dass ihrem gerechten Anspruch an ein menschenwürdiges Dasein nach jeder Richtung hin Rechnung getragen wird!

Mit diesem kurzen Hinweis auf die Thätigkeit der irren Pfleglinge, die so oft als eine Entschädigung für die ermuthi-

genden Erfolge einer Irrenheilanstalt hingenommen werden muss, schliessen wir unseren Bericht, für dessen Unzulänglichkeit wir die Nachsicht unserer Fachgenossen in Anspruch zu nehmen haben, wie ich auch für die Unterstützung bei denselben meinen ärztlichen Collegen den gebührenden Dank abstatte.

Colditz, den 1. September 1879.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

34. ordentl. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. März 1879.

Anwesend sind die Herren: *Boettcher*-Carlsfeld, *Edel*-Charlottenburg, *Falk*-Berlin, *Filter*-Charlottenburg, *Gock*-Eberswalde, *Ideler*-Berlin, *Jastrowitz*-Berlin, *von Karczewsky*-Kowanowko, *Laehr*-Schweizerhof, *Liebert*-Charlottenburg, *Sander*-Berlin, *Schaefer*-Schweizerhof.

Der Vors. *Laehr* eröffnet die Versammlung mit geschäftlichen Mittheilungen.

Er dankt zunächst herzlich denen, welchen er bei der improvisirten Feier des 25j. Jubiläums seiner Anstalt am 12. Dec. pr. nicht persönlich für die Glückwünsche des Vereines und die dauernde Erinnerung an diesen Tag danken konnte, und hofft dass, nachdem in das erste Vierteljahrhundert die Jahre des Werdens der Anstalt gefallen sind, das zweite um so mehr Früchte in dem Sinne des Vereins zu Tage befördern möge.

Neben diesem freudigen Ereignisse habe er auch über einen überaus schmerzlichen zu berichten. Ein eifriges Mitglied des Vereins, *Köppe*, sei vor der Zeit von seinem Posten durch den Tod abberufen worden. Als Vertreter der Gesellschaft, als Freund des Verstorbenen vom Beginne seiner psychiatrischen Laufbahn an und als Schüler der Anstalt, welche beide dem gleichen Berufe zugeführt hätte, habe er ihm das letzte Geleit gegeben. Schon seit langer Zeit an Schlaflosigkeit leidend, habe ein unvorsichtiger Gebrauch des Morphium im kräftigsten Mannesalter ihn uns und seinem von Begeisterung getragenen Bestreben entrissen, neue Bahnen für die Heilung und Pflege der Psychisch-Kranken durch eine freiere Behandlung und durch Beschäftigung mit der Landwirthschaft zu gewinnen. Es war ihm nicht vergönnt, durch seine Erfahrung uns die Grenzen festzustellen, über welche man nicht hinausgehen dürfe und es ist ihm beschieden gewesen, dies Anderen zu überlassen. Er bitte zu Ehren des Dahingeschiedenen sich von den Plätzen zu erheben. Dies geschieht.

Der Bericht der Commission über die Idiotenfrage kann noch nicht erfolgen, weil die amtliche Erhebung, welche nach *Guttstadt*'s Mittheilung von Seiten des Ministeriums zu erwarten ist, noch nicht vorliegt.

Laehr, **Ob und wie weit ist Zwang bei der ärztlichen Behandlung Psychisch-Kranker zulässig?**

Vor 3 Jahren in unserer 23. Sitzung wurde ein ähnliches Thema angeregt. Wir erlebten damals, wohl aus Missverständniss, und weil die Zeit noch einer nüchternen Erwägung ungünstig war, einen harten Angriff darauf. Ein Ausdruck dessen, was damals in der Luft lag, mag selbst in der Fassung des damaligen Themas „Kann übertriebene Humanität in der Behandlung der Kranken nicht von Nachtheil sein?" sich offenbart haben, und auch in der Discussion scheint dieser Umstand nicht ohne Einfluss gewesen zu sein. Vielleicht ist auch jetzt die Zeit einer Besprechung nicht günstig, aber in den letzten Jahren haben sich die Ansichten doch mehr geklärt. Selbst in England, wo eine selbständige Ansicht, wenn sie der Zeitströmung widerspricht, schwerer durchdringt, haben einzelne Stimmen sich gegen die bis dahin zur Geltung gelangte Ansicht erhoben, wie wir aus der Brochüre von *Davies* ersehen. In Amerika waren im vorigen Jahre in den Versammlungen die Debatten darüber sehr lebhaft. Der südwestdeutsche Verein hat für die nächste Versammlung dies Thema zur Discussion gestellt, in der Versammlung zu Wien gelegentlich des 25jährigen Jubiläums der Anstalt kam man sogar zu dem eigenthümlichen Vorgehen, diese Frage einer Majoritätserklärung zu unterwerfen, und der deutsche Verein der Irrenärzte hat diesen Gegenstand für die diesjährige Herbstversammlung auf die Tagesordnung gestellt. Es sind dies wohl Gründe genug, dass auch unser Verein sich über diesen Gegenstand äussert und dadurch die Discussion in unserer Generalversammlung fruchtbarer macht.

Mir kommt es nun vor, dass z. Z. bei uns in Deutschland die Ansichten thatsächlich gar nicht so weit auseinandergehen, dass nur irrthümliche Voraussetzungen die Uebereinstimmung erschweren, und ist dies der Fall, so dürfte eine Verständigung nicht schwer zu erreichen sein. Ich stelle in meinem Thema die Frage, ob Zwang bei Behandlung der Psychosen zulässig sei.

Bei anderen Krankheiten fällt die Anwendung von Zwang gar nicht auf, und in manchen Büchern, z. B. chirurgischen, wundert man sich über uns, dass wir so viel Wesens davon machen. Wir zwingen denn auch ein Kind, wenn es z. B. einer Medicin bedarf und sie nicht nehmen will, wir tragen kein Bedenken, einen Typhuskranken, wenn er über 40° Körpertemperatur zeigt, in kaltes Wasser zu tauchen, auch wenn er sich sträubt; ja manche Chirurgen lassen bei der Operation ohne Weiteres den Kranken festhalten und anschnallen.

Schon der Uebergang des Kranken in eine Anstalt ist eine Beschränkung desselben, geschieht meist gegen seinen Wunsch, oft mit Zwang, ja wir empfehlen aus ärztlichen Gründen, den Kranken nicht mit List, lieber mit Zwang in die Anstalt zu bringen. Wir lassen ihm in der Anstalt die möglichste Freiheit, so weit sie mit der Ordnung derselben nicht im Widerspruch steht und führen die Ordnung ein, welche der Erfahrung nach für

den Kranken heilsam ist. Wir werden von ihm selbst im acuten Stadium alle erregenden Momente möglichst fern halten, ihn isoliren, auch wenn er dies nicht will. Ist die Besonnenheit mehr zurückgekehrt oder überhaupt vorhanden, so wird neben der diätetischen Behandlung auch oft die direct psychische Behandlung zur Geltung kommen. Wir werden den Kranken zu bestimmen suchen, dies zu thun und jenes zu lassen. Die meisten Kranken folgen innerhalb der Anstalt von selbst; bei denen, die es nicht thun, ist die Art der Einwirkung sehr verschieden und nicht blos von der Form der Krankheit, sondern auch von den uns zur Verfügung stehenden Hülfsmitteln abhängig. Bald hat ein mildes, bald ein ernstes Wort Erfolg, bald die Aussicht auf eine gute Speise, bald die Aussicht auf Gewährung einer Bitte. Viele Kranke sind, obgleich erwachsen, hierin wie Kinder. Wir nennen diese Methode den moralischen Zwang, wie wir ihn auch im gewöhnlichen Leben anwenden, wenn wir die Pflicht haben, Jemanden zu leiten, und es ist ja doch die Aufgabe des Arztes, den Kranken zur Erfüllung der ärztlichen Anordnungen anzuhalten. Es giebt nun Fälle, in denen dieser moralische Zwang nicht genügt. Unter solchen Umständen giebt man in der Privatpraxis die ärztliche Behandlung auf, wenn der Kranke unsere Anordnungen nicht befolgt oder die Angehörigen ihn nicht dazu anhalten. In der Anstalt dürfen wir dies nicht, da wir nicht blos die ärztlichen Anordnungen zu treffen, sondern auch im Auftrage der Angehörigen oder des Staates die Ausführungen der Anordnungen zu überwachen haben.

Hier beginnen nun die Ansichten der Aerzte auseinander zu gehen. Den moralischen Zwang halten wohl Alle für zulässig, zum physischen mögen manche nicht übergehen. Ein solcher ist allerdings eine zweischneidige Waffe und kann, nicht am rechten Orte und in der rechten Weise angewendet, ebenso gut schaden, den Kranken erbittern, möglicherweise doch nicht ihn zum Folgen bestimmen. Je grösser aber die Erfahrung, die Gewandtheit, die Ruhe des Arztes und je besser die ihm zur Seite stehenden Hülfsmittel (persönliche und sachliche und darunter bauliche) sind, um so sicherer wird er keinen Fehlgriff thun, und um so rechtzeitiger wird er, wenn er fehlgegriffen, davon abstehen.

Die Erfahrung werden Alle gemacht haben, dass es Fälle giebt, welche sich selbst überlassen, vorkommen, während sie, rechtzeitig in ihrem Verhalten bestimmt, besonnener werden und, wenn überhaupt heilbar, zur Genesung, wenn unheilbar zu einem erträglichen Dasein geführt werden. Oft genügt nur ein einmaliger Zwang, Jemanden zum Baden zu bewegen, ihn in freie Luft zu bringen, ihn zum Essen zu bestimmen, ihn zur Reinlichkeit zu bewegen. Der Kranke erkennt seine Ohnmacht und folgt. Ja, er ist oft froh, dass ihm Zwang angethan ist und er nun essen, baden, spazieren gehen, reinlich sein kann. Es giebt solche, welche gern folgen möchten und sich nach der Willenskraft eines Anderen sehnen, der sie bestimmt.

Ein Beispiel aus letzter Zeit möge dies illustriren. Frau E. kam vor einiger Zeit aus einer Anstalt, in der man aus Princip Jeden möglichst gewähren lässt. Sie war durch ihr Jammern und ihre Unzufriedenheit eine entsetzliche Plage für die Pflegerinnen gewesen. Da dies schon eine Reihe von Monaten andauerte, so hatte der Arzt den Angehörigen eine andere Anstalt empfohlen, vielleicht aus Mitleid mit seinen Pflegerinnen oder aus Princip gegen Zwang. Pat. war auch hier längere Zeit durch dieselben Eigenschaften eine grosse Pein für die Umgebung. Nachdem ich sie aber längere Zeit beobachtet und erkannt hatte, dass sie sich in diesen Ton hineingewöhnt hatte, wohl aber befähigt war, davon abzulassen, erklärte ich ihr, dass sie mit diesen Erscheinungen nicht auf der Abtheilung für ruhige Kranke bleiben könne, sondern ich sie auf eine andere Abtheilung bringen würde, in der sie Andere nicht störe. Sie glaubte offenbar nicht an den Ernst meiner Worte und fuhr fort zu quälen. Ich liess sie nun durch mehrere Pflegerinnen auf ein Beobachtungszimmer bringen, was ohne Schwierigkeiten geschah; sie wurde nach einigen Stunden ruhiger und wünschte wieder zurück. Da sie die ihr gestellten Bedingungen erfüllte, so gab ich ihrem Wunsche nach. Noch mehrere Male musste ich diese Procedur wiederholen, aber die Zeiten der Ruhe wurden länger, und jetzt ist sie eine Reconvalescentin, welche die Ihrigen nach öfteren und längeren Besuchen für gesund halten, und welche, wie in der Regel solche Kranken, für den seiner Zeit geübten Zwang äusserst dankbar ist, nicht minder ihre Angehörigen. Ich brauche nicht hinzuzufügen, dass solch' physischer Zwang nur auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Ueberwachung durch zuverlässiges Personal schonend ausgeführt werden muss, wenn er wirksam sein soll, eine Bedingung, welche allerdings bei allen ärztlichen Handlungen zu erfüllen ist.

Wenn nun zugegeben wird, dass physischer Zwang bei gewissen Formen der Psychosen auf ärztliche Anordnung und unter ärztlicher Controlle zulässig ist, ja dass keine Anstalt ohne denselben auskommt, dass man ihn thatsächlich schon dann anwendet, wenn ein Kranker gegen seinen Willen in ein Isolirzimmer gebracht wird, so scheint mir die Frage, ob dieser Zwang durch Wärterhände oder durch mechanische Mittel ausgeübt wird, von relativ geringem Werthe. Es kommt nur in Betracht, in welcher schonendsten Weise dies geschieht, und dass es den beabsichtigten Erfolg hat.

Dass eine Sicherungs- oder, wie Andere sie nennen, Zwangsjacke weggelassen werden kann, bezeugen manche Anstalten; dass in anderen Anstalten, welche das No-restraint nicht zum Princip erhoben haben, sie selten angewendet wird, ja Jahre vorübergehen, ohne dass sie Anwendung findet, ist eine Thatsache. In meiner Anstalt haben wir seit einer langen Reihe von Jahren davon keinen Gebrauch gemacht. Es giebt auch andere mechanische Beschränkungsmittel, und ich habe seiner Zeit für manche Krankheitsformen nasse Einwickelungen gerühmt, welche man damit verbinden kann.

In Deutschland ist mir in der That auch kein College bekannt, der dem absoluten No-restraint das Wort redet. Auch die, welche die Verbannung des Restraint wollen, geben zu, dass Umstände eintreten können, die ihn zulässig machen. Mir ist aber auch Niemand bekannt, welcher ihn gern anwendet oder ihn bei gewissen Krankheitsformen allgemein angewendet wissen will. Wie weit aber nun Jemand ihn für nothwendig hält, wird von der Befähigung, dem Tact, der Erfahrung und den Hülfsmitteln dessen abhängen, der die Anordnungen zu treffen hat. Man muss es ihm überlassen, in welcher schonendsten Weise er den Zweck erreicht, den Kranken zu heilen. Ein Missbrauch kann selbstverständlich nicht gebilligt werden, aber dies hat das Mittel mit jedem ärztlich differenten Mittel gemein.

Man hat nun auch gesagt, beim No-restraint komme es nicht darauf an, ob in einem einzelnen Falle eine Jacke angewendet werde, sondern dies Wort bedeute ein System, mit welchem ein neuer Geist der Humanität und daher eine Vervollkommnung der ärztlichen Behandlung in die Behandlung Psychisch-Kranker eingeführt sei. Ich kann diese Deutung nicht zugeben, denn alle diese Mittel, welche zur Vermeidung des mechanischen Zwanges eingeführt worden sind, sind vor *Conolly* schon eingeführt worden und haben naturgemäss nur allmählich ausgebildet werden müssen, wie sie noch ferner ausgebildet werden. Ich muss dies um so mehr bezeugen, weil die Anfänge meiner psychiatrischen Laufbahn in jene Zeit fallen, in welcher *Conolly*'s Wirken in Deutschland bekannt wurde. Das *Conolly*'sche No-restraint ist nicht die Ursache einer neuen Richtung in der Behandlung Psychisch-Kranker, sondern ebenfalls eine Folge der neuen Richtung, welche mit der Zeit begann, wo die Behandlung in die Hände der Aerzte überging, wo diese mit den Kranken zusammenwohnten, mit ihnen verkehrten, ihren Krankheitszustand beobachteten, die Bedürfnisse ihrer Krankenpflege kennen lernten, und diese Zeit begann, als die Medicin überhaupt aus der naturphilosophischen Schule in die der exacten Naturbeobachtung überging. Seitdem hat sich unsere Disciplin wie jeder andere Zweig der Heilkunde ununterbrochen ziemlich gleichmässig entwickelt, und es dürfte in Deutschland nicht leicht werden, die Anstalten nach der Frage des No-restraint zu scheiden. Das Publicum selbst, für welches die Anstalten da sind, gewährt ihnen sein Vertrauen je nach den Aerzten und Hülfsmitteln und nicht darnach, ob der Arzt sich in dem ihm erforderlich scheinenden Falle des Restraints bedient.

Redner überlässt der Versammlung sich zu entscheiden, ob sie in eine Discussion des Gegenstandes eintreten oder denselben in einer der folgenden Sitzungen weiter besprechen will. In Anbetracht der Bedeutung der Frage wird beschlossen, eine Commission zu wählen, welche dieselbe für die nächste Sitzung weiter vorbereiten soll. Zu Mitgliedern dieser Commission werden gewählt: *Ideler*, *Jastrowitz* und *Zinn;* für den Letzteren, wenn er verhindert sein sollte, würde *Schäfer* eintreten.

Jastrowitz. Bemerkungen zur Therapie der Angstzustände. In der Einleitung zu diesem Vortrage, welcher später in extenso veröffentlicht werden soll, machte der Vortragende auf die Schwierigkeit einer richtigen Würdigung und eines Urtheils über therapeutische Maassnahmen insbesondere aufmerksam. Er hielt es für nützlich von einer gewissen Theorie der Krankheitserscheinungen aus die Heilbestrebungen zu regeln. Indem er von den besser gekannten Begleiterscheinungen des Schrecks ausging, zergliederte er die einzelnen Erscheinungsweisen der verschiedenen hauptsächlichen Angstzustände, welche er als aus einer Herabminderung des Tonus der Medulla oblongata am ehesten erklärlich darstellte, welche Herabminderung ihrerseits durch centrale sowohl wie periphere Ursachen bedingt sein könne. Er bespricht die bisher gebräuchlichen Heilmittel, zunächst die Narcotica: das Opium, das Morphium, das Chloral und die gleichseitige Anwendung des Morphium und Chlorals. Erstere seien darum so wirksam, weil sie den Tonus erhöheten, somit nicht nur Narcotica, sondern Tonica wären. Gleichwohl gäbe es Fälle genug, in denen das Opium und seine Derivate die Angst nur, wie etwa eine Wehr ein fliessendes Gewässer, aufdämmten, um sie nach verflossener Wirkung desto stärker hervorbrechen zu lassen. Und gering wäre auch die Anzahl solcher Patienten, die durch die gleichen Mittel aus bestimmten Gründen schlechter würden, indem sich nämlich bei längerem Gebrauche die Symptome chronischer Intoxication einstellten und in neuen Sensationen neue ursächliche Momente für die Angst abgäben.

Es wäre wünschenswerth, wenn die unbedingten Lobredner der subcutanen Morphium-Injection auch bei solchen Fällen uns von ihren Misserfolgen überhaupt gleichfalls berichteten. — Zu den bekannten Contraindicationen gegen das Chloral fügt der Vortragende folgende hinzu: 1) Ausgedehntere Verwachsung der Lungen mit der Brustwand, wie sie durch Percussion sich feststellen lasse. 2) Eine gewisse Reactionsstumpfheit des Nervensystems gegen das Mittel, welche sich namentlich durch das Fehlen der sonst gewöhnlichen, von ihm zuerst angegebenen Pupillenverengerung kundgebe. Die betreffenden Individuen hätten meist mittelweite Pupillen, sie erhielten durch gewöhnliche Dosen des Mittels 3—4 Grammes keine Beruhigung oder nur vorübergehenden Schlaf; forcire man bei ihnen das Chloral, so träten plötzlich Cyanose und Herzschwäche ein und es könne, wie er dies in fremder Praxis gesehen, unter solchen Erscheinungen sofort der Tod eintreten. Die verstärkte Wirkung des Chlorals, wenn geringe Dosen Morphium ihm zugesetzt werden, seien auf die secretionshemmende Wirkung des Morphium zurückzuführen, welche *Moreau* am Darm, *Claude Bernard* an der Sublingualis studirt habe. Dadurch werde das Chloral zu einem längeren Verbleib im Körper und zu stärkerer Wirkung gewissermaassen genöthigt. Darum aber dürfe man nicht grosse Dosen Morphium-Chloral auf einmal verabreichen, wie noch vielfach geschehe, denn es können auch hier leicht sich Unglücksfälle er-

eignen. Am besten sei es, wie der Vortragende schon vor 10 Jahren vorgeschlagen, Dosen von $^1/_2$—1 Gramm Chloral mit $^1/_{10}$—$^1/_6$ Gramm Morphium zu combiniren und unter Aufsicht einige Zeit, nicht wochenlang, nehmen zu lassen.

Codein wirke wie Opium; oftmals wirkten subcutane Injectionen von Morphium eigenthümlicher Weise nicht so gut wie Codein oder Opium innerlich in viel schwächerer Dosis und man müsse und könne dann mit Vortheil wechseln. Digitalis habe sich ihm in mittlerer Dosis lange fortgesetzt ohne Nutzen erwiesen. Eigenthümlich sei es, dass es bei solchen Angstzuständen, die mit erhöheter Pulsfrequenz einhergingen, letztere nicht einmal herabdrückte, somit selbst seine physiologische Wirkung bei den gedachten Dosen nicht entfaltet habe. — Bromkali sei, wie bekannt, bei Anwesenheit sexueller Ausgangspunkte brauchbar; die von *Clouston* empfohlene Combination mit Extr. Cannab. habe sich ihm nicht bewährt, vielleicht weil letzteres Präparat schlecht gewesen. In 2 Fällen mit Emphysem und mit Emphysem und einem Vitium cordis habe Jodkali, wie *Sée* es vorgeschrieben, auffallend guten Erfolg gehabt. Er habe Sol. Kali jodat. 10 : 200, zuerst noch mit Morph., später ganz allein nehmen lassen und zwar 2—3mal täglich 1 Esslöffel in Zuckerwasser. Es sei gut das Mittel in starker Verdünnung zu nehmen, weil sonst leicht Ekel davor und Appetitlosigkeit sich einstelle. Der Vortragende bespricht endlich noch die Kaltwasserbehandlung, die er nicht gerade oft anwandte, wobei er aber doch den Eindruck gewann, als wäre sie in der Reconvalescenz erst am Platze. —

Falk erwähnt eines von ihm beobachteten Falles von ängstlicher Unruhe, in welcher nach Anwendung der Digitalis Beruhigung eintrat, ohne dass zugleich Verminderung der Pulszahl eingetreten wäre.

Gock: Ueber die Wirkung der Digitalis sei in Eberswalde eine Anzahl von Erfahrungen bei Aufregungszuständen gemacht worden. Nur solche Fälle, welche von Temperaturerhöhung und Pulsbeschleunigung begleitet waren, ohne dass zugleich ein die Fieberbewegung erklärendes Localleiden nachzuweisen war, wurden durch Digitalis günstig beeinflusst.

Boettcher, „Seltener Fall von Neurose“: Ein Mann in den mittleren Lebensjahren fiel auf den Hinterkopf ohne die Besinnung zu verlieren. Von da an stellte sich beim Sprechen Fistelstimme ein; dieselbe konnte in die normale Tonhöhe übergeführt werden, wenn man auf den Punkt am Hinterkopf, wo er aufgefallen war, einen Druck ausübte. Die Untersuchung mit dem Kehlkopfspiegel ergab nichts Besonderes. Ueber die anatomische Ursache dieses Falles ist es nach Anschauung der Anwesenden unmöglich, ein bestimmtes Urtheil zu gewinnen. Therapeutisch schlägt *Sander* vor, einen Versuch mit permanentem Druck auf die verletzte Stelle zu machen.

Dr. *Schaefer*.



Sitzung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz zu Bonn am 14. Juni 1879.

Nach einem in früheren Sitzungen gehaltenen längeren und eingehenderen Vortrage über „freie Willensbestimmung in theoretischer und practischer Beziehung" (der Vortrag wird separatim gedruckt) stellte *Schulz* folgende Thesen auf:

1. Der Wille steht wie die übrigen psychischen Erscheinungen ausschliesslich unter dem Gesetze der Causalität.

2. Die Handlung ist das nothwendige Resultat von vorausgegangenen Vorstellungen, unter denen die stärkere hemmend auf die ihr entgegengesetzte schwächere wirkt. Die durch Erziehung, Erfahrung erworbenen Vorstellungen von Angemessenheit, Zweckmässigkeit, sowie die Vorstellungen sittlichen Inhalts können als Hemmungs-Einrichtungen gegen niedere Vorstellungen (Antriebe) fungiren (sittliche Freiheit).

3. Unter „freier" Willensbestimmung ist der ungehinderte Ablauf der ihr zu Grunde liegenden psychischen Processe zu verstehen.

4. Die Strafe kann nicht die Bedeutung der Vergeltung haben. Sie soll nur erziehlich oder abschreckend wirken.

5. Während in der Mehrzahl der gerichtlichen Fälle die Entscheidung über krankhafte Behinderung oder Nicht-Behinderung der Willensbestimmung nicht schwierig ist, unterliegt das zweifelhafte Mittelgebiet den für das Gesammtwohl maassgebenden Bestimmungen.

Schulz motivirte seine Thesen folgendermaassen.

Der Discussion über die 1. These, worin der Satz aufgestellt wird, dass der Wille wie auch die übrigen psychischen Erscheinungen unter das Causalitäts-Gesetz fällt, muss nothwendigerweise eine Erörterung über das Problem der Causalität selbst vorausgehen. So berechtigt man vom naturwissenschaftlichen Standpunkt ist, das Causalitäts-Gesetz als selbstverständliche Voraussetzung jeder wissenschaftlichen Bestrebung, die ja eben in der Zurückführung einer Erscheinung auf ihre Ursache besteht, anzusehen, würde doch nur eine petitio principii darin liegen, wollte man den Willen der Causalität unterordnen, ohne zuvor die Bedingungen des causalen Erkennens, den wirklichen Werth und Umfang der Causalität untersucht zu haben. Es ist unerlässlich, bevor man sich an die Lösung der Frage wagt, ob der Wille verursacht oder frei sei, den Causalitäts- und den Freiheitsbegriff kritisch zu prüfen, seine Herkunft und seine Geltung klar zu stellen.

Wir stossen damit auf die fundamentale jeder wissenschaftlichen Forschung vorauszuschickende Untersuchung der Beschaffenheit unseres Erkennens an sich, gewissermaassen der eigenartigen Construction und Leistungsfähigkeit unseres Denkinstruments, ohne dessen Kenntniss das damit Erkannte vielleicht nur Täuschung und Schein sein würde.

Wenn ich es versuche in Folgendem in möglichster Kürze diejenigen

erkenntnisstheoretischen Vordersätze vorzuführen, von denen die Kritik der genannten Begriffe auszugehen hat, so muss ich freilich bitten, den in Anbetracht der Verirrungen der naturphilosophischen Schule nur zu natürlichen Horror vor speculativen Deductionen für eine Weile zu überwinden. Die Thatsache, dass die Arbeiten eines *Johannes Müller*, eines *Helmholtz*, eines *Wundt* auf dem Gebiete der Sinnes-Physiologie die schon von *Locke* und *Hume* angebahnten von *Kant* mit unvergleichlicher kritischer Schärfe erschlossenen Wege zur Einsicht in die Natur unseres Erkennens nicht als Irrgänge erscheinen lassen, vielmehr nach derselben Richtung neue Lichtstrahlen werfen, bietet uns eine Gewähr dafür, dass der sichere Boden der Erfahrung dabei uns nicht unter den Füssen schwinde.

Unser Erkennen ist nur ein relatives. Auf der einen Seite bildet die Aussenwelt mit den von ihr ausgehenden Einwirkungen, auf der anderen die unserem Intellect zu Grunde liegende Organisation die Factoren, durch deren Zusammenwirken die Erkenntniss zu Stande kommt. Von aussen kommende Reize treffen die nervöse Substanz, an die unser Intellect, wie auch der strengste Spiritualist nicht läugnen kann, gebunden ist. Nach ihrer eigenthümlichen Art beantwortet die nervöse Substanz den sie erregenden Reiz. Erst durch die Einwirkungen der Aussenwelt wird der Intellect entwickelt; ohne Reiz keine Reaction. Die Vorstellungen (Ideen) sind nicht als solche etwa latent vor jeder Erfahrung vorhanden; unmöglich können sich spontan aus der nervösen Substanz Vorstellungen (entwickeln) herausbilden; sie können nur das Resultat der Einwirkungen sein, die von aussen auf diese specifische Substanz fallen. Vorstellungen und Begriffe, die doch nur aus Vorstellungen abgeleitet sind, können daher unmöglich vor der Erfahrung existiren. Was a priori besteht, ist die nervöse Substanz (oder die dem Intellect zu Grunde liegende Anlage) mit ihren specifischen Reactionsweisen. Aus der Endlichkeit und Specifität dieser a priori gegebenen Substanz folgt die Beschränktheit der Beziehungen zur Aussenwelt (nur ein beschränkter Theil der von Aussen kommenden Einwirkungen kann auf sie fallen), es folgt aber auch die gänzliche qualitative Verschiedenheit der Reaction von dem sie erregenden Reize. Es ist ganz unmöglich, dass unser Intellect (das Erkennende in uns) sich ausserhalb des Verhältnisses zum Object setzt. Der Intellect hat zu Grundbedingungen seiner Existenz die von Aussen kommenden Einwirkungen ebenso wie die a priori gegebene specifische Anlage. So wenig wie das Bewusstsein selbst ohne vorausgegangene Erregungen der Sinnesnerven möglich ist, weil es erst durch dieselben entsteht, so wenig ist der Intellect als solcher schon vor der äusseren Einwirkung (Erfahrung) vorhanden. Würde der Intellect sich aus dieser Relation loslösen wollen, so würde er sich selbst negiren. Daraus folgt, dass jeder Versuch, die Dinge an und für sich zu erfassen, zu Absurditäten führen muss, weil er gegen die Natur des Intellects verstösst. An dieser Unmöglichkeit, die Relativität unseres Erkennens abzustreifen, scheiterten alle philosophischen Systeme bis zu *Schopenhauer* und *Hartmann* herab, die das

Ding an und für sich, das den Erscheinungen zu Grunde liegende, das von aller Relation zum Intellect losgelöste (Absolute) erkennen wollten. Aus der Beschränktheit der unserem Erkennen zu Grunde liegenden psychischen Organisation mit ihren in den Sinnesorganen gegebenen Apparaten zum Aufnehmen der äusseren Einwirkungen folgt die Unmöglichkeit, über das ausserhalb dieses Relationskreises Liegende uns auch nur eine Vermuthung zu erlauben, geschweige eine Vorstellung zu bilden. Mag auch der Kreis, in dem unser Erkennen eingeschlossen ist, sich durch die stetige Vervollkommnung der Hülfs-Werkzeuge unserer Sinne noch so sehr erweitern, ohne unser Erkennen aufzugeben, können wir nicht aus ihr heraustreten.

Die specifische Reactionsweise der a priori gegebenen Substanz giebt die von aussen kommenden Einwirkungen in einer durchaus unvergleichbaren Form wieder. Die Farbe hat mit dem Reize des Sehnerven nichts Vergleichbares. Es wäre sehr verkehrt, wollte man diesen Reiz an und für sich als einen bestimmten Bewegungsmodus von Aether-Theilchen sich denken. Zu dieser Anschauung kommen wir nur durch Zuhülfenahme anderer Sinnesorgane wie des Ohres, des Tastsinnes; aber durch diese Erweiterung der sinnlichen Erklärung kann uns begreiflicherweise über die Natur des Reizes an sich nichts ausgesagt werden

Wie die äusseren Reize je nach der specifischen Energie der Sinnesnerven umgesetzt werden, so ist es auch die specifisch psychische Substanz, welche die Wahrnehmungen in Vorstellungen nach Raum, Zeit und Causalität ordnet. Ebenso wenig wie die Farbe a priori im Sinnesnerven liegt, ebenso wenig ist die Anschauung von Raum, Zeit und Causalität vor der Erfahrung gegeben. Es bedarf der äusseren Einwirkungen, um jene specifische Reaction der psychischen Substanz hervorzurufen, die in ihrer fertigen Form als Raum, Zeit, Causalität erscheint. Ohne äussere Einwirkungen ist die Raum-, Zeit- und Causalitäts-Anschauung nicht denkbar, aber diese Anschauungen sind mit den äusseren Reizen so wenig vergleichbar wie die Farbe, der Ton. Ausser uns existirt weder Raum, Zeit noch Causalität. Aber auch die specifische Energie der psychischen Substanz ist nicht Raum-, Zeit- oder Causalitäts-Anschauung. Die Grundfunctionen, welche diesen erst durch die äusseren Einwirkungen zu Stande kommenden Anschauungen zu Grunde liegen, werden uns ein ewiges Geheimniss bleiben, denn unser Erkennen ist an fertige Vorstellungen gebunden. Dass die Causalität auf eine specifische Grundfunction der psychischen Substanz zurückgeführt werden muss, stützt sich auf die Unmöglichkeit, dieselbe aus den übrigen Grundfunctionen, welche die Raum- und Zeit-Anschauung bedingen, zu erklären. Es ist nicht blos die einfache Zeitfolge, welche in uns die causale Verknüpfung zweier auf einander folgender Erscheinungen hervorruft und etwa durch gehäufte Erfahrung zur Erkenntniss des ursächlichen Zusammenhanges führte. Ohne eine a priori gegebene Anlage zum causalen Denken ist selbst die ursprünglichste einfachste Wahrnehmung nicht möglich. Die Empfindung, die von der Einwirkung eines Aussendings ausgeht,

wird auf dasselbe ursächlich bezogen; die Verbindung von Subject und Prädicat, wie sie in der einfachsten Erfahrung liegt, ist nur durch eine vorausgehende in uns liegende Einrichtung, Anlage-Function, wie wir es nennen wollen, zur causalen Verbindung möglich.

Wir kommen zu dem Satze: Der Causalitätsbegriff wurzelt in unserer Organisation und ist der Anlage nach vor jeder Erfahrung. Wir können nicht anders als causal denken. Aber die Causalität hat nur subjective Bedeutung; sie ist die specifische Form, in der unsere psychische Eigenart die äusseren Einwirkungen wiedergiebt. Ausser uns giebt es weder Causalität, noch Raum oder Zeit, sondern nur die von der Aussenwelt auf uns treffenden Einwirkungen, deren wahre Natur sich uns nie erschliessen kann. Aber was wir mit Gewissheit annehmen müssen, ist die Gesetzmässigkeit dieser Einwirkungen, die in uns eine ebenso gesetzmässige Reaction hervorruft. Unsere Empfindungen und Vorstellungen sind kein Abbild (*Helmholtz*) der äusseren Einwirkung, sondern nur Zeichen, die über die Qualität derselben gar nichts aussagen. Die Beziehung zwischen beiden beschränkt sich darauf, dass das gleiche Object unter gleichen Umständen zur Einwirkung kommend das gleiche Zeichen hervorruft und dass also ungleiche Zeichen immer ungleicher Einwirkung entsprechen. In der (Abbildung) Wiedergabe der Gesetzmässigkeit in den Vorgängen der wirklichen Welt liegt die unumstössliche Grundlage des causalen Erkennens.

Wie steht es nun mit dem Freiheitsbegriff? Der Freiheitsbegriff ist der gerade Gegensatz des Causalitätsbegriffes. Er schliesst die Negative jeder Bedingtheit durch eine vorausgegangene Ursache in sich ein; er setzt das Vorhandensein einer Ursache, die sich selbst Ursache ist, den Anfang einer Causalreihe, die Schöpfung aus dem Nichts. Es leuchtet ein, dass diesem Freiheitsbegriff eine Wirklichkeit nicht entsprechen kann. Schon die einfachste Logik sagt uns, dass zwei sich gegenwärtig ausschliessende Begriffe auf keine objectiv begründeten Vorstellungen bezogen werden können. Wir können uns nicht entfernt eine Vorstellung von einer Causa sui machen. Die Relativität unseres Erkennens widerstreitet in ihrem innersten Wesen einer solchen Freiheit. Wer eine solche Freiheit setzt, giebt seinen Intellect Preis. Mag der Poet oder der Metaphysiker sich auf den Schwingen der Phantasie über diese Schranken emporzuheben wähnen und jenseits derselben die Freiheit setzen, der kalte Verstand wird ihm die Absurdität dieses Unternehmens mit unerbittlicher Schärfe beweisen.

Aber wie kommen wir überhaupt zu einem solchen Freiheitsbegriff? Eine Vorstellung kann diesem Begriffe nicht zu Grunde liegen; denn der Begriff des Nichts, den die Freiheit in dem Sinne der Nicht-Verursachung, Nicht-Nothwendigkeit, in dem aus Nichts Vorausgegangenen, Entstandenen, also aus Nichts Geschaffenem in sich schliesst, ist uns unvorstellbar. Der Freiheitsbegriff hat nur den Werth der Negation, der etwas Positives nicht entsprechen kann. Wir denken in Gegensätzen; schon in der Setzung eines Positiven liegt eine Negation (omnis determinatio negatio *Spinoza*). Aber

diese Negation hat ihre Existenz nur im Denken, nicht in der Wirklichkeit. Dass der Freiheitsbegriff nur als contradictorische Verneinung der Causalität, nicht als conträrer Gegensatz derselben aufzufassen ist, gründet sich darauf, dass ihm keine Wirklichkeit untergelegt werden kann. Dem Causalitätsbegriff in uns entspricht die Gesetzmässigkeit der Einwirkungen der Aussenwelt, für die Freiheit lässt sich eine Wirklichkeit nach unserer fundamentalen causalen Geisteseinrichtung nicht annehmen, sie widerspricht derselben geradezu Wenn der Begriff der Freiheit nur eine subjective Negation, so hat das Freiheits-Gefühl nur die Täuschung zum Grunde, die daraus erwächst, dass uns die einer Handlung vorausgehende Causalkette nicht unmittelbar bewusst wird.

So innig wie das causale Denken mit der Wurzel unseres Erkennens verwachsen ist, so gewiss ihm auch die Wirksamkeit, deren Zeichen es ist, entspricht, wir dürfen uns nicht verhehlen das Wirken der Ursache; das Werden selbst bleibt uns unbegreifbar. Wir schliessen aus der Wirkung auf die Ursache. Wie aus A B hervorgeht, können wir weder logisch uns erklären, noch energisch beobachten. Die in dem Begriff der Ursache eingeschlossenen Begriffe der Bewegung, Entwicklung, des unendlich Kleinen sind für uns vollständig unfassbar. Wie kann eine Bewegung in Ruhe übergehen, wie aus einem unendlich Kleinen ein Etwas werden? Die Relativität und mit ihr die Endlichkeit unseres Erkennens steht der Beantwortung dieser Frage entgegen. Um das Unendliche zu erfassen, bedürften wir unendlicher Zeit. Das Wirken einer Kraft ist uns unverständlich, aber die Resultate der Kraftwirkung, die in das Bereich unserer Erfahrung fallen, können wir in ihrer Gesetzmässigkeit erkennen.

Wir haben also zwei veränderliche Grössen zu unterscheiden: die äussere Einwirkung und den inneren psychischen Factor; beide stehen in einem bestimmten Verhältniss zu einander, Veränderungen auf der einen Seite entsprechen Veränderungen auf der anderen, in dieser Gesetzmässigkeit liegt die unumstössliche Grundlage der Causalität und auch der Beweis ihrer Gültigkeit für das gesammte Erfahrungs-Gebiet. Die Naturwissenschaft hat ihre letzte Aufgabe in der Auffindung dieser Gesetzmässigkeit. Sie ist demnach allein berechtigt die psychischen Phänomene zu untersuchen. Den Willen loszutrennen von den übrigen psychischen Erscheinungen, ihn ausserhalb dieses gesetzlichen Verhältnisses zu stellen, wäre gleichbedeutend mit Vernichtung des Intellects und der Annahme eines Intellectlosen, Ausserwirklichen, in dem er gesetzlos sein unberechenbares Spiel triebe. Solche Sprünge darf der denkende Mensch nicht machen, das gehört in das Gebiet des Glaubens. Es ist unnöthig in einer Gesellschaft von Psychiatern auszuführen, dass der Wille von Empfindung und Vorstellung und dem mit ihnen verbundenen Gefühl nicht geschieden werden kann, dass in ihm nur eine Vorstellung von stärkerer Energie hervortritt, die andern Vorstellungen selbst entgegen dem gewöhnlichen Associationsgesetz anzuziehen und motorische Apparate zu erregen im Stande ist.

In das naturwissenschaftliche Fahrwasser gelangt, haben wir in dem Gesetz der Erhaltung der Kraft den sicheren Grund, aus dem wir die Causalität des Willens ableiten.

Zu den aus dem Satze der Causalität des Willens sich ergebenden Schlussfolgerungen in practischer Beziehung möchte ich nur wenige Bemerkungen (an die sub 2—5 aufgestellten Thesen) hinzufügen. Kürzer und schärfer als wie *v. Krafft-Ebing* in seinem Lehrbuch der Psychiatrie lassen sich die verschiedenen Stufenreihen der motorischen Phänomene von der einfachen Reflexbewegung bis zum bewussten Handeln nicht ausdrücken. Sie gestatten mir daher hier ihre Aufführung.

„Die niederste Form der Bewegungen ist die Reflexbewegung. Prästabilirt in der anatomischen Anordnung des Centralnervensystems findet sie sich schon bei Neugeborenen. Sie vollzieht sich ausserhalb des Bewusstseins. Ihre Erreger sind sensible Reize. Eine höhere aber der Reflexbewegung nach nahestehende Form der Bewegung ist die sensumotorische ausgelöst durch Sinnesempfindungen. Sie kommt auf der Schwelle des Bewusstseins zu Stande. Eine Stufe höher steht das instinctive triebartige Bewegen. Seine Motive sind Organempfindungen. Es repräsentirt eine niedere Stufe des Bewusstseins. Eine vervollkommnete psychomotorische Leistung ist das Wollen. Es vollzieht sich innerhalb der Sphäre des Bewusstseins. Sein primum movens ist eine Vorstellung, die durch ein Gefühl betont wird. Je intensiver das mit einer Vorstellung verbundene Gefühl auftritt, um so eher wird daraus ein Begehren. Die zur Befriedigung eines Begehrens unternommene Bewegung heisst eine Handlung. Das Begehrte wird dabei als erreichbar gedacht. Andernfalls besteht blos ein Sehnen und Wünschen. Die Handlung setzt immer Vorstellungen als Motiv voraus, aber jene können mehr oder weniger deutlich bewusst sein. Eine Handlung, bei der die Motive nicht deutlich zum Bewusstsein gelangen, ist eine impulsive. Auf verwandter Stufe stehen die Affecthandlungen. Sie entstehen an und für sich unbewusst und unwillkürlich, jedoch kann der Wille sie bis zu einem gewissen Grade unterdrücken (Erziehung). Die höchste Stufe des Handelns stellt umgekehrt das sog. freie Handeln dar. Seine Bedingungen sind vollbewusste Vorstellungen der Nützlichkeit und Sittlichkeit, die Reflexion über die verschiedenen Möglichkeiten von Wollen oder Nichtwollen auf Grund jener logischen und sittlichen Motive und die Möglichkeit einer Entscheidung im Sinne dieser zu handeln."

Ich bemerke hierzu, dass die Vorstellungen ausnahmslos, auch die vernünftigen und sittlichen nach dem Causalitäts-Gesetz zu Stande kommen, dass ferner die stärkere Vorstellung nothwendig eine ihr entgegengesetzte schwächere unterdrücken muss; dass demnach auch die scheinbar freie Handlung, die nach vernünftigen und sittlichen Vorstellungen geschieht, nicht ausserhalb des Causalgesetzes steht, sondern mit unabänderlicher Nothwendigkeit zu Stande kommt; dass die Handlung nur das nothwendige Resultat der das Plus an Intensität darstellenden Vorstellungen ist, und dass

nicht etwa ein Ich ausserhalb dieser Vorstellungen stände, welches sich aus sich selbst für die eine oder andere Richtung des Handels entscheiden könne.

Man mag das nach vernünftigen und sittlichen Vorstellungen erfolgende Handeln, als ein freies Handeln, als sittliche Freiheit bezeichnen, aber diese Freiheit steht durchaus nicht im Gegensatz zur Causalität, sie ist nur als eine Befreiung, sich frei machen von Antrieben zum Handeln, die auf einer niederen Stufe stehen, anzusehen.

Dass nur in einem mit gesetzmässiger Nothwendigkeit nach vernünftigen und sittlichen Vorstellungen geschehendem Handeln die Möglichkeit der Erziehung, des socialen Zusammenlebens, einer Culturbevölkerung gegeben ist, dass umgekehrt die Willensfreiheit dieselbe ausschliesst, lässt sich unschwer erkennen.

Auch Zurechnung und Strafe haben nur dann einen Sinn, wenn die Handlungen die nothwendige Folge vorausgegangener Vorstellungen sind. Dass auch von juristischer Seite die Auffassung getheilt wird, wonach das gesammte Geschehene in der Menschheit in einen strengen Causal-Zusammenhang gebracht wird, beweist die kürzlich in Dorpat erschienene Schrift eines Mag. jur. *Hachorowicz* „Die Willensfreiheit und die Strafe". Darin ist der Beweis geliefert, dass weder das Strafrecht noch die Moral, noch überhaupt die Gerechtigkeit eine über dem Causalgesetze stehende Willensfreiheit zur Voraussetzung hat, dass die strafrechtliche Verantwortlichkeit oder der Rechtsgrund der Zuerkennung einer Strafe in der Annahme bedingt ist, dass des Menschen Thun bestimmt wird durch einen an feste Gesetze gebundenen Erkenntnissprocess. Nur dann könne auch der Zweck der Strafe, der Besserung und der Vorbeugung erreicht werden, wenn es möglich wäre, eine Umwandlung des Charakters, eine höhere Erkenntniss zu erzielen, die auf das Handeln einen nothwendig bestimmenden Einfluss gewinne.

Das Nähere der Discussion überlassend schliesse ich mit einem Vergleiche. Wie heut zu Tage Niemand mehr daran zweifelt, dass die Sonne den festen Mittelpunkt bildet, um den sich die Erde bewegt, wir aber Alle noch immer von Sonnen-Aufgang und Niedergang sprechen, so wird auch die Zeit nicht mehr fern sein, wo wenigstens kein Gebildeter mehr an die Existenz eines sich selbst bestimmenden freien Willens glaubt, vielmehr das gesammte Thun des Menschen als ein Gesetzliches, mit Nothwendigkeit verursachtes anerkannt wird, während freilich die Ausdrücke Verantwortlichkeit, Zurechnungsfähigkeit wohl noch lange in dem Sinne angewandt werden mögen, als ob der Mensch ein frei handelndes Wesen sei.

Diesen Ansichten gegenüber stellte *Runge* folgende vier Thesen auf:

1. Der Verbrecher im Sinne des Gesetzes hat ebenso gute Ansprüche an unser Mitleid und an unsere Hülfe zu seiner Besserung als der Geisteskranke.

2. Die Aufgabe des Staates den Beiden gegenüber sind Erziehung und Heilung eventuell Hinderung in der Wiederholung verbotener Thaten.

3. Die Strafe soll nur Zucht- und Abschreckungsmittel sein.

4. Eine Strafe ist unwirksam und darf deshalb nicht verfügt werden, wenn der Thäter bei der Ausübung der That nicht das Bewusstsein der Strafbarkeit seiner Handlung besass, dagegen soll ihn der Nachweis einer geistigen Krankheit nicht unbedingt vor der Strafe schützen, wenn es sicher nachgewiesen ist, dass er die That mit dem Bewusstsein ihrer Strafbarkeit verübte *Runge* fügte diesen Thesen erläuternd hinzu:

Wir hatten verabredet, uns heute streng zu beschränken auf die Besprechung der praktischen Folgerungen, welche sich aus der Annahme ergeben, dass ein indeterminirt freier Wille nicht existirt. Diese Folgerungen muss sich Jeder gefallen lassen, welcher der Prämisse beitritt. In diesem Sinne habe ich die erste These aufgestellt, welche im Wesentlichen besagt, dass eine Scheidung der wahnsinnigen und verbrecherischen Uebelthäter vom ethischen Standpunkte aus bei unserer Voraussetzung nicht mehr möglich ist, dass wenn man beiden Kategorieen von Uebelthätern den freien Willen abspricht, man nicht mehr, wie das so oft geschieht, nur für die Einen das Mitleid in Anspruch nehmen kann, für die Anderen aber nur Abscheu hat. Vom humanen Standpunkte aus sind Beide der Theilnahme und Fürsorge gleichmässig bedürftig.

Die nächste Frage wird die sein: „Wie stehen wir mit unserer Anschauung dem Strafgesetze gegenüber, sind wir einfach wegen Leugnung des freiem Willens für unfähig zum forensischen Auftreten bei Gemüthszustandsuntersuchungen zu erklären, oder haben wir einen Begriff, welcher den Ausdruck „freie Willensbestimmung" in § 51 des IV. Abschnitts des Strafgesetzbuches deckt. Ich für meine Person bin darüber keinen Augenblick zweifelhaft. Jede Handlung des Menschen ist ein Produkt verschiedener gegen einander wirkender Faktoren, von denen wir einige als Antriebe, andere als Hemmungsvorstellungen bezeichnen wollen. Die Antriebe sind theils angeboren, theils durch das Leben entwickelt, die Hemmungsvorstellungen gehören vorzugsweise der Erziehung resp. den im Leben gemachten Erfahrungen an. Eine vollendete normale Erziehung soll vor allen Dingen die Hemmungsvorstellungen so stark entwickeln, dass sie sogar den heftigsten Antrieben zu verbotenen Handlungen widerstehen können. Reichen sie dazu nicht aus, so können die Hemmungsapparate krankhaft geschwächt sein, und das ist das, was wir Geisteskrankheit nennen, oder sie sind nicht genügend durch die Erziehung entwickelt, dann haben wir die Verbrechernaturen vor uns. Um die Frage nicht zu verwickelt zu machen, will ich hier die krankhaft gesteigerten Antriebe übergehen; es ist das, wie Sie wissen, eine sehr schwierige Frage, welche von Einigen dahin beantwortet wird, dass normale Hemmungseinrichtungen insbesondere klare Einsicht in die Strafbarkeit einer Handlung jedem Antriebe zu verbrecherischen Handlungen widerstehen müsse und dass krankhaft gesteigerte Triebe an sich nicht vor der Strafe schützen dürfe, während Andere das Gegentheil annehmen. Ich würde also den § 51 mir einfach übersetzen: „Eine strafbare

Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter bei Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befand, durch welche die Wirksamkeit der Hemmungsvorstellungen gehemmt oder ausgeschlossen war."

Die zweite und dritte These, meine Herren, sind eigentlich selbstverständliche Consequenzen unserer ganzen Anschauung vom Willen. Ist all' unser Thun dem Causalitätsgesetze unterworfen, so hört das selbstschöpferische Verdienst des Einzelnen auf. Die Begriffe „Gut" und „Böse" werden nicht dadurch alterirt oder beseitigt, aber wir werden dann von einem guten Menschen oder von einem schlechten Menschen reden wie von einem guten Baume, der reichliche, gute Früchte trägt oder einem tückischen Klima, welches schlimme Fieber bringt, ohne dass wir beim Baume oder beim Klima je einen freien Willen supponirten. Solchen Anschauungen gegenüber ist natürlich die Strafe als Sühne für das Vergehen unhaltbar und sie wird dem Verbrecher nicht zuerkannt „quia peccaverit sed ne peccetur". In dem Gegensatze von dem speciellen peccaverit zu dem allgemeinen ne peccetur liegt ja klar genug der Begriff der Abschreckung. Die Furcht vor der Strafe ist selbst bei unserer hoch gesteigerten Civilisation und bei den auf das sorgfältigste erzogenen Leuten auch heute noch die weitaus wirksamste Hemmungsvorstellung und um diese Furcht rege zu erhalten, ist die Anwendung der Strafe überall da nothwendig, wo bei Begehung der Handlung die Erkenntniss von der Strafbarkeit der Handlung vorhanden war. Wer in Ueberschätzung unserer Erziehung etwa vergessen sollte, wie nothwendig uns Allen die Furcht vor der Strafe ist, der braucht nur einen Feldzug im eroberten Feindeslande mitzumachen, um zu erkennen, dass da, wo der Arm der Gerechtigkeit nicht mehr hinreicht, eine Menge von Handlungen erlaubt erscheinen, welche der anständige Mensch sonst für verboten ansieht oder er braucht nur daran erinnert zu werden, dass es trotz aller Sittenprediger noch nirgend gelungen ist, die geschlechtlichen Sünden, auf denen keine Strafandrohung ruht, zu beseitigen. Endlich hat uns noch die Gründerzeit genug belehrt, dass nur die gesellschaftlichen Anschauungen über das Maass dessen, was an Schwindel und Unredlichkeit erlaubt ist, etwas in das Schwanken zu gerathen brauchen, um eine Menge von verbotenen Handlungen auf diesem Gebiete zu erzeugen. Die Strafe also ist auch dann unentbehrlich, wenn wir die Aufgabe des Staates dahin präcisiren, dass er die Uebelthäter, deren Hemmungsvorstellungen durch Krankheit ausser Function gesetzt sind, der Heilung im Irrenhause und Diejenigen, deren Hemmungsvorstellungen nicht genügend entwickelt waren, einer Erziehungsanstalt überweist und sie gleichzeitig vor weiteren verbotenen Thaten durch Absperrung bewahrt.

Ich komme nun zur 4. These, welche eine Antwort geben soll auf die Frage: „Ist Strafe überhaupt bei nachgewiesener Erkrankung des Gehirns zulässig?" Wie Sie sehen, habe ich mich unbedingt für Bejahung dieses Satzes ausgesprochen. Da nach unserem ganzen Standpunkte bei

Beurtheilung der Frage, ob Strafbarkeit vorhanden sei oder nicht, nur das praktische Interesse des öffentlichen Wohles in Frage kommt und insbesondere von einer Ungerechtigkeit gegen Geisteskranke nicht die Rede sein kann, wenn dieselben eine Strafe treffen sollte, so müssen wir zuerst die Fälle sondern in solche, wo bei Begehung der verbotenen Handlung die Erkenntniss der Strafbarkeit nicht vorhanden war. Diese Fälle fallen unzweifelhaft unter die Kategorie der Unzurechnungsfähigkeit. Es giebt aber nicht wenig Fälle, wo die Geistesthätigkeit offenbar nicht ganz intact ist, wo aber ebenso offenbar das Bewusstsein von der Strafbarkeit der begangenen Handlung vorhanden war und wo die Hoffnung, die That würde unentdeckt bleiben, in der Vorstellungsreihe des Thäters schliesslich die Hemmungsvorstellungen überwinden half und in solchen Fällen halte ich das Aussprechen der Strafe, die Verurtheilung des Angeklagten zum Zuchthause selbst dann für richtig, wenn die vorhandene Geisteskrankheit bald die Ueberführung des Züchtlings in eine Irrenanstalt nothwendig macht.

Wer, wie ich, alle Jahre mit einer grossen Reihe von Personen verkehrt, welche zwar sich vollkommen frei und selbstständig bewegen, bei denen jedoch in foro der Nachweis, dass ihre Geistesthätigkeit keine vollständig gesunde sei, sehr leicht sein würde, wird sich leicht überzeugen, dass alle diese Kranken der Furcht vor irgend einem Zuchtmittel sehr zugängig sind, dass deshalb die Furcht vor Strafe auch bei Geisteskranken eine grosse Rolle spielt. Ich halte es daher nach unserem Standpunkte für durchaus geboten, dass der § 51, welcher die Strafbarkeit ausschliesst, wenn „die freie Willensbestimmung" oder nach unserem Ausdruck „die Wirksamkeit der Hemmungsvorstellungen" aufgehoben war, dass dieser Paragraph nur in dieser Fassung angewandt wird und nicht, wie das von vielen Seiten versucht worden ist, dahin erweitert wird, dass jeder Nachweis einer krankhaften Störung der Geistesthätigkeit die Strafbarkeit ausschliessen soll.

Bei der darauf folgenden Discussion bezweifelt *Leo*, dass das Vorhandensein der Causalität und die Strafbarkeit unbedingt einander ausschliessen. Aus einer Ursache könnten mehrere Folgen entstehen und zwischen diesen könne der Mensch doch frei wählen.

Schulz bestreitet das Vorhandensein einer Wahlfreiheit, weil stets eine Vorstellung der anderen prävaliren müsse.

Leo dagegen meint, der Mensch könne bestimmte Vorstellungen, wenn sie sich ihm aufdrängten, abweisen und darin liege doch ein freier Wille. Mit der Annahme eines Causalitätswillens könne keine Moralität bestehen.

Schulz hält nur mit der Annahme eines Causalitätswillens die Moralität für möglich.

Leo hält Ursachlosigkeit nicht identisch mit Freiheit.

Schwartz weist darauf hin, dass in jedem Menschen in Folge von Erziehung etc. religiöse Vorstellungen ruhten, die nicht auf Sinnesempfindungen beruhten. Auch sie seien zu berücksichtigen und widersprächen der Causalitätstheorie.

Pelman weist auf die Consequenzen hin: die Schriftsteller der *Schulz*'-schen Richtung sähen in dem Verbrecher nicht mehr einen Missethäter, sondern nur einen Menschen, der seinen Zwangshandlungen nicht widerstehen könne: Menschen mit Recidiv des Verbrechens würden als unverbesserlich für immer unschädlich gemacht werden müssen.

Focke schlägt vor, den Begriff der sittlichen Leistungsfähigkeit an die Stelle der Freiheit zu setzen. Sei dieselbe beeinträchtigt durch causale Einflüsse aus der Gesellschaft, dann sei zuzurechnen; sei sie beeinträchtigt durch organische causale Verhältnisse oder Veränderungen im Individuum, so liegt Unzurechnungsfähigkeit vor.

Besser sieht nur in den Causalitätsverhältnissen die Ursache zu den Handlungen des Menschen. Er legt den Hauptwerth auf die Solidarität der Individuen in der Gesellschaft und auf die fortschreitenden sittlichen Begriffe in derselben.

Nasse erkennt an, dass allerdings ein freier Wille nicht existire, der Wille vielmehr nur als das Resultat des Verhältnisses der herrschenden Vorstellungen unter einander und das Bewusstsein als die Summe der Beziehungen, in welchem das Ich zu anderen Wesen steht, anzusehen sei; da aber die Fähigkeit des Menschen, sich selbst zum Gegenstande seiner Betrachtung zu machen, also ein Selbstbewusstsein besteht, so sei damit auf eine gewisse Selbstbestimmung, eine Fähigkeit, je nach dem Stande des erworbenen geistigen Inhalts zu handeln — freilich immer beschränkt, je nach der Individualität — gegeben.

Bei der Special-Discussion sprechen sich alle gegen die zweite Hälfte der vierten These *Runge*'s aus, dass den Thäter der Nachweis einer geistigen Krankheit nicht unbedingt vor der Strafe schützen solle, wenn es sicher nachgewiesen sei, dass er die That mit dem Bewusstsein ihrer Strafbarkeit verübte.

Ripping erklärt sich gegen die Zulässigkeit des terroristischen Prinzips der Strafe, welches in der vierten These sowohl *Runge*'s, als auch *Schulz*'s Ausdruck gefunden.

Eine kurze Mittheilung *Höstermann*'s über einen eigenthümlichen Sectionsbefund bei einem Blödsinnigen wird an anderer Stelle zum Abdruck kommen.

Wegen vorgerückter Zeit musste der letzte Gegenstand der Tagesordnung (Discussion über No-restraint) zurückgesetzt werden.

Anwesend die Mitglieder: *Besser*, *Focke*, *Hertz*, *Höstermann*, *Leo*, *Levison*, *Nasse*, *Pelman*, *Ripping*, *Schröter*, *Schwartz*, *Schulz*; als Gäste Hr. Professor *Zuntz* aus Bonn, Hr. Dr. *Acker* und Hr. Dr. *Richter* aus Eichberg.

Dr. *Ripping*.

35. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 16. Juni 1879.

Anwesend die Herren: *Boettcher*-Carlsfeld, *Edel*-Charlottenbug, *Falk*-Berlin, *Filter*-Charlottenburg, *Hasse*-Königslutter, *Ideler*-, *Jastrowitz*-Berlin, *Laehr*-Schweizerhof, *Liebert*-Charlottenburg, *Lorent*-Bremen, *Mendel*-Pankow, *Müller*-, *Rehm*-Blankenburg, *Sander*-Berlin, *Schäfer*-Schweizerhof, *Tigges*-Sachsenberg, *Tuczek*-Marburg, *Ullrich*-Eberswalde.

Der Vors. *Laehr* eröffnet die Sitzung mit geschäftlichen Mittheilungen und mit Verlesung der Themata, welche im Verlaufe des vergangenen Jahres vorgetragen waren, resp. zu Discussionen Anlass gegeben hatten. Der Vorstand des Vereins wird statutenmässig gewählt und zwar einstimmig wiedergewählt. Privatdocent Dr. *Wernicke* in Berlin wird auf seinen Antrag als Mitglied des Vereins aufgenommen. Darauf:

Laehr, Ungewöhnlicher Fall von Selbstmordsucht mit dem Drange zu kauen und gefährliche Gegenstände zu verschlucken.

Frau H., 25 J. alt, ist seit 7 Jahren verheirathet und Mutter zweier Kinder. Grössere Krankheiten sind in der Jugend nicht dagewesen. Der Vater starb vor 8 J. an Leberverhärtung, die Mutter vor 10 J. am Scirrhus uteri. Der Grossvater war geisteskrank. Die Ehe war eine unglückliche, nicht ohne Schuld des Mannes, während die Frau von Natur gutmüthig, aber misstrauisch und unselbstständig war. Erfolglose Versöhnungsscenen veranlassten sie im Januar 1878 ihren Mann und Aufenthaltsort zu verlassen und in der elterlichen Heimath Hülfe zu suchen.

Am 15. Juni reiste sie nach Berlin, um bei ihren Verwandten Rath zu suchen. Sie meinte dort sichere Beweise von der Untreue ihres Mannes erhalten zu haben. Zurückgekehrt zeigten sich bald Spuren von Gedankenverwirrung. Unaufhörliches Disputiren mit ihrer Umgebung; wochenlang dasselbe Thema. Allmälig wendete sich der Hass, den sie Anfangs ihrem Manne gegenüber fühlte, in das Gegentheil um. Sie hielt sich für die Schuldige. Diese Gedanken setzten sich bei ihr fest und beschäftigten sie Tag und Nacht: sie habe kein Ehrgefühl, keinen Zorn und halte Ehebruch für kein Unrecht. Zeitweise treten Selbstmordgedanken auf. Sie vernachlässigte dabei ihr Aeusseres, der Blick war theils unstät, theils vor sich hinstarrend. Der Schlaf war sehr unruhig. Finger- und Zehennägel biss sie sich über die Hälfte ab. Sie kam in Folge dieses Zustandes im August 1878 nach Schweizerhof, nachdem die Umgebung durch die Pflege erschöpft war.

Bei der Ankunft beschwor sie beständig ihre Begleitung, sie in keine Anstalt zu bringen, hörte nicht auf ihr verständiges Zureden, wollte ihre Begleiterin hier behalten, fand sich dennoch leicht in deren Abreise, quälte unaufhörlich ihre Pflegerin, warf sich auf die Knie vor ihr, man solle sie fortlassen, ihr Papier besorgen, verspricht viel Geld, um dies zu erreichen.

Sie sieht sich überall um, wo sie zu einer Thür hinauslaufen kann, geht viel im inneren Garten umher, muss bei einem Versuche, sie im Park umhergehen zu lassen, mit Mühe wieder hereingebracht werden, weil sie das Weite sucht. Von gracilem Körperbau, ohne abnorme Kopfbildung, Lungen und Gefässsystem frei von Störungen, hat sie in der Regel guten Appetit und keine Verdauungsstörungen. Sie soll früher an Fluor alb. und Excoriationen des Muttermundes gelitten haben. Zur Zeit ist sie frei davon, die Menstruation in Ordnung. Zuweilen lässt die grössere Unruhe nach, Patientin kann dann sich etwas beschäftigen, auch plaudern, obgleich man ihr anmerkt, dass sie ihre Aufmerksamkeit nur mässig auf das richtet, worüber man spricht. Sie behauptet, zu Hause würde es besser gehen als in der Anstalt, man könne sie nicht ändern. Sie verlangt nach Nachrichten, nach Besuchen. Jene verändern nicht ihr Verlangen, bei dem Besuche des verständigen Verwandten quälte sie ihn nur, war darnach ruhiger. Aber schon nach dem zweiten Besuche empfand sie davon keine Befriedigung mehr. Nach mehreren Wochen trat die Unruhe stärker hervor, sie quälte die Pflegerin, biss sich die Fingernägel und in merkwürdiger Geschicklichkeit die Nägel der Zehen ab, suchte sich gefährlicher Instrumente zu bemächtigen, sucht sich den Hals zuzuschnüren, hat schlechteren Schlaf, umfasst auch des Nachts ihre Pflegerin und beschwört sie, sie fortzulassen. Nasse Einwickelungen haben auf einige Tage guten Erfolg, aber nur auf Tage. Chloral hilft dann etwas, aber sie mag es nicht weiter nehmen, weil es ihr schade. Auch das Beobachtungszimmer verschafft ihr auf einige Zeit Ruhe. Sie fängt nun an Leinwand zu kauen, beisst am Holzgesimse, verschluckt was sie erreichen kann. Sie zerbeisst ihre Hemden, die Bettwäsche und lange Streifen Leinwand gehen mit dem Stuhlgange fort. Sie muss Tag und Nacht bewacht werden. Zuweilen erfasst der Bewegungsdrang auch andere Muskeln, sie springt dann auf Tische und Stühle und ringt mit ihrer Pflegerin. Auf den Spaziergängen muss sie fortwährend an Blättern, Zweigen, Steinchen nagen, so dass die an und für sich guten Zähne schärfer werden. Da der Aufenthalt in freier Luft ihr gut thut, muss sie jedes Mal durch Pflegerinnen in den Garten geführt werden, wo dann eine Pflegerin genügt, ebenso wieder zurück durch drei Pflegerinnen. Ueber ihren Kopf äussert sie: „bei mir geht es im Kopfe immer herum und die Schicht geht bis hierher“ (an die Nasenwurzel zeigend). Am 28. Januar 1879 morgens war Patientin ruhig, sie trank im Bette Kaffee. Beim Wegnehmen des Geschirres fand man, dass ein Stück der Untertasse fehlte. Trotz alles Nachsuchens bei ihr und dem Zimmer fand man es nicht. Sie selbst antwortete auf Fragen, dass sie dessen Verbleib nicht wisse. Nur auf wiederholtes Drängen gab sie zu, dass sie es verschluckt habe. Nun aber wurde sie unruhig, fasste sich fortwährend in den Hals, würgte, wobei sie etwas Blut ausbrach. Man konnte ein Stück Scherben etwas unterhalb des Ringknorpels mit dem Finger fühlen. Am nächsten Tage hustete sie etwas Blut aus. Ich bat einen bewährten Chirurgen in Berlin um Unterstützung.

Bei der Untersuchung gewann er die Ueberzeugung, dass ein Stück Scherbe an oben erwähnter Stelle sei, von keinem grossen Umfange zu sein schiene und in einer Schleimhautfalte theilweise verborgen sei. Eine scharfe Stelle müsse die Windungen der Trachea durchbohrt haben. Bei den Bemühungen darum glitt der Scherben in den Magen und damit waren vorläufig unsere Sorgen darum zu Ende, während freilich andere an die Stelle traten. Patientin nahm Flüssigkeiten, liess sich Eis und kühlende Sachen durch die Schlundsonde beibringen. Dennoch war die Unruhe in den nächsten 8 Tagen sehr gross, sie behauptete durchaus den Scherben noch im Halse zu haben, fasste sich um und in den Hals. Am zweiten Tage nach dem Heruntergleiten brach sie, die sich gegen alle breiigen Mittel mit Gewalt sträubte, ca. 400 Gr. Blut aus. Einige Male kamen Durchfälle, in ihnen einige Fetzen Leinwand und Blut. Sie maltraitirte nun ihren Unterleib, drückte ihn auf's kräftigste. Trotzdem kam nach 8 Tagen wieder der Appetit, sie erholte sich, der Stuhl wurde normal; oft waren Leinwandstreifen darin, da sie stets den Drang hatte zu kauen. Kalte Einwickelungen bewährten sich auf Stunden und Tage. Am 4. März fand man im Stuhlgange den Scherben, der ohne Beschwerde und ohne Erwähnung von Seiten der Kranken abgegangen war. Dieser Scherben war länglich, an dem einen Ende stumpf, an dem anderen Ende spitz auslaufend. Die Ränder waren theilweise sehr scharf. Die Länge betrug 9,5 Centimeter, die breiteste Dicke 3,33 Centimeter, der Umfang des Randes 29,5 Centimeter, die Fläche war nach beiden Richtungen hin gekrümmt, wie dies bei Untertassen der Fall zu sein pflegt.

Am 15. März fand Patientin auf einem Spaziergange Gelegenheit mit einem Stücke Glas sich tief in die rechte Ellenbogenbeuge zu bohren, so dass die Vena med. 1 Ctm. weit frei lag. Den angelegten Verband suchte sie herabzuzerren, wehrte sich mit Aufbieten aller Kräfte gegen das Verbinden, schrie, wiederholte stets: „Hätte ich mich doch eher umgebracht, hätte ich mich doch in Helgoland ersäuft"; suchte möglichst die Heilung zu verhindern, in die Wunde zu beissen und daran zu kauen. Der Trieb zu kauen ist so stark, dass sie die Kaubewegungen selbst im Schlafe fortsetzt, zuweilen darin aufschreit. Endlich vernarbte die Wunde. Ruhigere Tage traten ein, aber in dämonischer Weise suchte sie die Pflegerin im Garten zu täuschen, lauerte darauf, was auf der Erde liege und suchte Dies und Jenes vom Boden aufzuheben und zu verstecken.

Einmal brachte sie sich wieder neue Schrammen auf dem Arme mit einem scharfen Stück Kalk bei. Dabei ass sie gut und sah wohl aus, schmiegt sich zuweilen gemüthlich an und plauderte, gab aus der Vergangenheit die Thatsachen an und beurtheilte die unglückliche Lage ihrer Ehe richtig. Von den Kindern sprach sie niemals, sehnte sich nicht nach dem Manne, drängte nur nach Hause und zum Besuche des Verwandten, aber auch nur, wenn sie ihn erreicht hatte, um ihn mit demselben Wunsche zu bestürmen. Ihre Krankheit, „ihre Verrücktheit" (wie sie sich ausdrückte),

gab sie zu, aber da ihr nicht zu helfen sei, wolle sie nach Hause. Sie müsse freilich ein Paar Pflegerinnen mitbekommen und ebenso könne sie ja zwei Zimmer haben, das eine für die guten, das andere für die schlechten Zeiten. —

Noch einmal gelang es ihr am 12. Mai ein Stück Gips mit Kalk unbemerkt zu verschlucken. Sie sagte nichts davon, war den Tag sehr aufgeregt, schrie gellend, ass nichts, sah stier mit den Augen, äusserte, sie sei benommen, wisse nicht was sie thue. Als sie auch am nächsten Tage, etwas ruhiger geworden, immer mit der Hand in den Mund griff, wenig ass unter der Angabe keinen Hunger zu haben, untersuchten wir den Hals und fanden nun ein Hinderniss 1 Zoll über dem Mageneingange. Das Instrument fühlte dort einen harten rauhen Gegenstand, der sich nicht bewegte. Dennoch trank die Kranke und die Flüssigkeit regurgitirte nicht. Der Gegenstand musste daher an den Stellen, wo er an den Wänden des Oesophagus anlag, einzelne Lücken haben. Da die Kranke williger war etwas zu geniessen, gaben wir ernährende Flüssigkeiten und viel säuerliches Getränk in der Hoffnung dadurch allmälig den Umfang des Fremdkörpers zu vermindern. Trotz dieser Verstopfung konnte die Patientin dem Drange nach Leinwand, Tuchstückchen, Watte aus ihrer Kleidung, namentlich Nachts unter der Bettdecke, obgleich die Pflegerin neben ihr sass, zu kauen und hinunterzuschlucken, nicht widerstehen. Täglich mussten diese Gegenstände, welche über der verstopften Stelle sich anhäuften, mit Instrumenten heraufgeholt werden, was Patientin sich auch bereitwillig gefallen liess. Nicht selten rochen sie nach der Herausnahme penetrant. Fieber trat niemals ein. Nach ca. 14 Tagen war die Passage wieder frei, ohne dass Patientin selbst darüber etwas sagte, und sie konnte nun wieder sich besser ernähren, war auch nicht merklich magerer geworden. Am 8. Juni fand man das Stückchen Gips breitgedrückt im Stuhlgange.

Seitdem war sie ruhiger, konnte mit Andern ordentlich essen, spazierengehen, hatte nur den Wunsch nach Hause, zeitweise sichtbare Unruhe und bedurfte der Aufsicht, weil sie noch jetzt etwas zu verstecken suchte.

Am 14. Juni hatte Pat. Besuch, es wurde die Heimreise besprochen und am 19. theilte sie mit, dass sie einige Stunden nach dem Besuche einen Scherben verschluckt habe, der im Schlunde stecke und Schmerzen verursache, hoffentlich werde das nicht ihre Heimreise hindern. Bei der Untersuchung traf man auf einen weichen Gegenstand in der Nähe des Magens, der herausgeholt, sich als ein zusammengerolltes Stück Binde erwies und 4 Ctm. lang und 8 Ctm. im Umfange war. Darunter fühlte man einen Gegenstand, der wohl ein Scherbenstück sein konnte. Er ist auch später am 17. Juli gefunden worden und zeigte sich im Umfange eines sehr eckigen Zweimarkstückes.

Fragt man nach den krankhaften Beweggründen dieses Dranges, so sind sie mit Sicherheit nicht festzustellen. Das eine Mal erklärt sie, dass sie oft von einem plötzlichen Drange befallen werde, dies zu thun, ohne

sich eines Grundes klar zu werden, oder sie müsse etwas zum Kauen haben und sie wolle von dieser Welt, da sie keine Rettung aus ihrem Geschicke sehe, oder sie sei das reine Thier geworden und habe einen Ekel vor sich selber, oder ihr könne so etwas überhaupt nicht mehr schaden. Auf der Höhe der Unruhe konnte man wohl Sinnestäuschungen wahrnehmen, aber doch nur des Gesichtes, sie sah Schatten, Thiere, Kinder, aber sie hatte nicht solche des Gehörs, die etwa zur That aufgefordert hätten. Manche Aeusserungen deuteten darauf hin, als ob sie in ihrer geistigen Benommenheit dadurch habe erzwingen wollen, sie nach Hause zu entlassen.

Was nun die Mittel, sie vor Gefahr zu beschützen, betrifft, so haben wir gesehen, dass obgleich sie seit $^3/_4$ Jahren unausgesetzt von Pflegerinnen bewacht wurde, welche sich alle Paar Stunden abwechselten, sie dennoch die Gelegenheit fand sich zu schädigen. Sie suchte auf alle Art zu hintergehen und Nachts unter der Decke zu kauen und zu zerreissen, auch im Freien heimlich Gegenstände aufzusuchen. Gegen Narcotica sträubte sie sich auf das Aeusserste, hin und wieder konnten wir Chlorhydrat per anum anwenden. Bei solcher Höhe der Unruhe und während der Verletzungen wandten wir dann Handschuhe an, welche wenigstens zuliessen, dass wir sie besser überwachen konnten, als dies ohne sie möglich gewesen wäre. Ebenso waren Kaltwasser-Einwickelungen Hülfsmitttel. Als sie in der letzten Zeit mehr Besonnenheit erlangt hatte und selbst ihr Erstaunen über ihre Handlungen aussprach, hat sie nie über diese mechanische Beschränkung geklagt, sondern sich über sie als eine selbsverständliche Nothwendigkeit geäussert. Sie protestirte auch gegen den Vorschlag, in eine andere Anstalt gebracht zu werden, „sie wolle nur nach Hause und dort so wie hier behandelt werden“.

Da auf der Höhe der Krankheit die Angehörigen durch das quälende Drängen der Patientin, welche behauptete zu Hause ruhiger zu werden, mich bedrängten den Wunsch zu erfüllen, diesen Versuch zuzulassen, ich dies abrieth und zuletzt Niemand die Verantwortung eines solchen übernehmen wollte, so gab ich damals die Zusicherung, einem Versuche dieser Art förderlich zu sein, wenn mit einem Nachlasse bessere Erwartungen sich daran knüpfen liessen. Dieser Zeitpunkt war jetzt eingetreten. Die Patientin war ruhiger, reflectirte richtig über ihre Krankheit und obgleich ich wenig Zuversicht für den Erfolg hatte, konnte die Möglichkeit nicht abgestritten werden, dass der Rest der Krankheit in den wohlhabenden und kleinstädtischen Verhältnissen schwinden werde. Mehrmalige Besuche der Verwandten gaben ihnen die Ermuthigung, dass man einen Versuch wagen müsse. Eine tüchtige und bewährte Pflegerin wurde mitgegeben. In den ersten Tagen ging es gut, obgleich die Einrichtungen nicht in der von mir angegebenen Weise zu Hause angeordnet waren. In einem der folgenden Tage entriss sie sich beim Spaziergange ihrer Pflegerin und sprang in einen nahen Fluss. Gerettet und nach Hause gebracht wurde sie nun Tag und Nacht von drei Pflegerinnen abwechselnd bewacht. Dennoch gelang es ihr

in einer Nacht, wo die neben ihrem Bett postirte Pflegerin eingeschlafen sein muss, aufzustehen, das Fenster zu öffnen, die Thüre zum Nebenzimmer zuzuriegeln und sich aus der ersten Etage herabzustürzen. Ein furchtbarer Schrei erweckte Alle. Man fand sie auf der Erde liegend, den einen Fuss gebrochen, den andern Fuss verstaucht. Nunmehr konnte sie, nachdem der Gipsverband angelegt war, obgleich Patientin auch an diesem zu bröckeln versuchte, leichter bewacht werden. Die von mir engagirte Pflegerin, schon in recht schweren Fällen der Privatpflege erprobt, war nunmehr erschöpft und ging der Ruhe bedürftig nach mehreren Wochen nach Hause. Ich erfuhr nichts Näheres mehr und erhielt nur unerwartet nach mehreren Monaten einen Brief von der Patientin, in welchem sie angab, nunmehr genesen zu sein, mir für die ärztliche Behandlung und meinen Pflegerinnen für die aufopfernde Pflege herzlich dankte und ihre Bekümmerniss aussprach soviel Sorge und Unruhe Allen gemacht zu haben. Obgleich dieser Brief eignem Antriebe entsprungen war und durch seinen Inhalt eine Genesung anzudeuten schien, habe ich doch noch nicht die Zuversicht, dass diese Genesung eine factische ist. Sie konnte auch in Briefen früher zusammenhängend und doch unwahr schreiben. Um sicher zu sein bedürfte ich mehrfache Briefe und der Bestätigung durch Andere.

Dieser Fall scheint mir aus mehr als einer Ursache erwähnenswerth. — Einmal durch seinen Verlauf selbst — man muss an eine Reizung des Centrums der Kau- und Schluckwerkzeuge denken — dann weil er die Anwendung mechanischer Hülfsmittel rechtfertigt und weil er kundthut, wie vorsichtig dem Drängen nach Hause nachzugeben ist, da das Nachgeben in manchen Fällen zum Ziele führt, in anderen aber bedenklich bleibt, meist weil, wenn auch die Angehörigen versichern allen gestellten Bedingungen nachzukommen, sie doch dann oft nicht nachkommen, oder nachkommen können. Betreffs des Triebes zu nagen oder zu verschlucken zeigt dieser Fall ferner, welche gefährlichen Körper noch den Darmcanal passiren können und wie im Allgemeinen eine expectative Methode oft noch zum Ziele führt. Lehrreich hierfür ist ein Aufsatz: „Zur Casuistik der Fremdkörper“ von Prof. *Demme* im Schweizer Corresp.-Bl. 1874 No. 24 und in der Prager Viertelj. XXXV. Jahrg. S. 38 dessen Verfasser aus fremder und eigner Erfahrung die zuwartende Methode empfiehlt.

Ebenso sei auf jenen Fall zu Prestwich (Ann. méd. psych. 1874. Nov.(aufmerksam gemacht, wo man bei der Section eines Irren, der alle Nahrung zurückwies, und nur vollständig unverdauliche Gegenstände verschlingen wollte, im Magen fand: 1639 kleine Schusternägel, 6 grosse Nägel von 4 Zoll Länge, 19 von 3 Zoll, 8 von 2 Zoll, 58 von 1 Zoll Länge, 39 kleine Oesen von Metall, 5 Schrauben und 9 Knöpfe von Kupfer, 30 Stücke von Ringen, eine Nadel, 14 Stücke Glas, 10 Kieselsteine, 3 Stücke Schnur, 1 Stück Leder, 3 Zoll lang, ein 4 Zoll langes Blei, einen Pfriemen mit der Marke einer amerikanischen Fabrik — im Ganzen 1841 Gegenstände, die zusammen 11 Pfd. und 11 engl. Unzen wogen.

Hasse. Dem eben gehörten Fall wolle er einen ähnlichen aus seiner Beobachtung hinzufügen. Der Schuhmacher Ottmer B. wurde nach $1^1/_2$jähriger Dauer seiner Krankheit in Königslutter aufgenommen. Wie er zu Hause bereits durch den beständigen Drang wegzulaufen und zwecklos umherzuschweifen lästig geworden war, so trat dieser Trieb auch nach kurzer Zeit in der Anstalt so stark hervor, dass er beständig Fluchtversuche machte und für nichts Anderes zugänglich war. Er ass viel und hastig, ohne die Speisen zu zerkauen. Mit der mehr und mehr eintretenden geistigen Schwäche wurde seine Art zu essen ganz thierisch und es war nöthig, ihn zu füttern. Er verschlang aber nicht nur essbare Gegenstände, sondern führte Alles, dessen er habhaft werden konnte, zum Munde und verschluckte es. Neben der geistigen Schwäche machte sich in seiner Mimik und dem übrigen Verhalten ein fortwährendes Angstgefühl bemerkbar. Trotzdem Pat. unter diesen Umständen in seiner freien Bewegung erheblich eingeschränkt und beständig bewacht wurde, gelang es ihm doch, allmälig mehrere Pfunde Unrath wie Asche, Steine u. dergl. zu verschlucken, in Folge dessen er an einer Gastroenteritis erkrankte, die er nur mit erheblicher Schwächung seiner allgemeinen Gesundheit überstand. Da der schwache und schliesslich ganz blödsinnige Kranke nicht im Bett blieb, sondern bei Tag und Nacht umherstand, so bekam er eine mit Fieber bis zu 39,6 verbundene Schwellung der Unterschenkel, und wenn man nicht den Kranken in kurzer Zeit wollte zu Grunde gehen sehen, so musste man ihn mit Hülfe der Jacke im Bett festhalten. Während dieser Affection fiel eine auch sonst beobachtete Erscheinung auf, dass nämlich Pat. zur Zeit als das Fieber die grösste Höhe ereicht hatte, mehrere Tage psychisch freier war. Er überstand die phlegmonöse Entzündung glücklich, war aber höchst elend, und sein Trieb zum Verschlucken bestand fort. Er zerriss Nachts sein Bettzeug und würgte eine grosse Menge Pferdehaare und einen Strumpf herunter. Da es nun evident war, dass Pat., wenn er diesem Triebe überlassen wurde, sich schliesslich doch zu Grunde richten würde, und er auf keine andere Weise, auch nicht durch Narcotica mit Erfolg abgehalten werden konnte, so waren wir gezwungen, ihn in einem Maasse zu beschränken, wie es seit Jahren unserer Anstalt fern geblieben war, da wir ihn auch für die Nacht mit der Jacke bekleiden mussten. Die Rosshaare und der Strumpf gingen wie die früher verschluckten Fremdkörper glücklich mit dem Stuhl ab. Pat. trug aber auf's neue eine Magendarmentzündung davon nebst einer weit verbreiteten eitrigen Phlegmone der unteren Extremitäten. Er magerte bis zum Skelett ab, die Reconvalescenz ging langsam und unvollständig von Statten. Anfang 1877 nahmen seine Kräfte trotz starken Essens und guter Pflege wieder ab, am 27. April Morgens sah er sehr collabirt aus, er wurde in's Bett gebracht und starb am Abend desselben Tages. Die Section ergab in der Bauchhöhle peritonitische, nicht sehr umfangreiche Verwachsungen und Verdickungen. Ausserdem zog sich durch den ganzen Tractus intestinalis eine schwielige Verdickung der Mucosa.

Tigges erwähnt den Fall einer zum zweiten Mal an Melancholie erkrankten Frau, welche Peritonitis bekam und starb. Bei der Section fand sich ein Nagel im Coecum und einer in der Lunge; in der letzteren hatten sich um den Fremdkörper Abscesse gebildet. Die Einführung war wahrscheinlich vor der Aufnahme in die Anstalt vor $^3/_4$ Jahren erfolgt. Aehnliche Mittheilungen fänden sich in der Literatur mehrfach, so erwähne *Voppel*, dass er im Darmtractus viele Nägel und anderes Eisen im Darm einer Leiche gefunden habe. (Die Mittheilung stammt aus dem Jahre 1859 oder 1860, *Erlenmeier*'s Correspbl. oder *Laehr*'s Allg. Zeitschr.)

Schäfer. Es sei eine sehr verbreitete Annahme, dass Geisteskranke eine besondere Toleranz gegen Verletzungen besitzen, eine Meinung, welche nicht geeignet sei, die Vorsicht und Sorgfalt in chirurgischen Fällen bei Geisteskranken anzuspornen. Es sei deshalb nützlich, an der Richtigkeit jener Annahme, welche mehr auf einen allgemeinen Eindruck als auf genauen Vergleichungen beruhe, zu zweifeln. Jener Eindruck könne theilweise auch dadurch erklärt werden, dass bei Geisteskranken häufig schwere und merkwürdige Verletzungen vorkommen, wie man sie bei Gesunden nicht sieht. Viele Kranke kämen mit dem Leben davon, was auch anderwärts vorkomme; andere erlägen aber auch. Im günstigen Falle möchte dann leicht die Merkwürdigkeit der Verletzung als eine Merkwürdigkeit der Heilung gerechnet werden. Vielleicht komme auch die geringe Schmerzempfindung, welche viele aufgeregte und blödsinnige Kranke darbieten, hinzu, um die Meinung zu bestärken, als vertrügen sie auch mehr als Gesunde.

Hasse. Er glaube doch, dass die Beobachtung namentlich von der schnellen Heilung grosser Hautwunden bei Geisteskranken für eine grössere Toleranz derselben spreche. Er erinnere an den Einfluss der Gemüthsbewegungen auf die Gefässinnervation und sei geneigt anzunehmen, dass auch bei Geisteskranken die veränderte Innervation der Gefässe die Reizbarkeit ihrer Organe vermindere und so die Folgen der Verletzungen mässige.

Jastrowitz. Man dürfe annehmen, dass bei gewissen Hirnzuständen eine schwächere Reaction des ganzen Nervensystems eintrete. Dafür sprächen Beobachtungen an Soldaten im Kriege, wo das Nervensystem unter dem Einfluss der Anstrengungen und starken Gemüthseindrücke stehe, sodann bei Völkern auf sehr niedriger Culturstufe, unter den Geisteskranken vorzugsweise bei den Blödsinnigen.

Tigges. Veränderte trophische Verhältnisse lägen vor bei den Paralytikern. Es sei daher möglich, dass wie bei diesen so auch bei anderen Geisteskranken derartige Veränderungen den Verlauf von Verletzungen modificiren. Ob es thatsächlich geschehe, müsse die Erfahrung entscheiden.

Laehr. Nach einer mündlichen Mittheilung von Seiten des Prof. *Schultz* in Japan, mache man in der chirurgischen Klinik zu Yeddo die Erfahrung, dass die Japanesen leichter schwere Verletzungen ertragen als die Deutschen.

Dr. *Jastrowitz*, Einige Beobachtungen über Sehstörungen nach Hirnverletzungen. Verf. theilt mehrere Fälle von Hemianopsie nach Verletzungen des Hirns mit, indem er die Anwesenden aufforderte, darauf zu achten, ob bei Läsionen der Rinde einer Hemisphäre, wie er in Uebereinstimmung mit den *Munk*'schen Experimenten gefunden und in einem Falle mitgetheilt hat (*Hirschberg*'s Centralbl. für Augenheilk. 1877), Hemianopsie beider Augen, oder wie andere Autoren gesehen haben wollten, Amaurose des gegenüberliegenden Auges sich einstelle.

Tigges macht auf den umgekehrten Zusammenhang zwischen dem Auge und der Hirnrinde aufmerksam, indem neuere Experimentatoren bei neugebornen Thieren nach Exstirpation eines Auges circumscripte Atrophieen der Rinde gefunden hätten.

Jastrowitz. *Munk* habe eine derartige Beobachtung mitgetheilt, bei der sich sehr zarte Atrophieen gezeigt hätten. Er selbst habe an einem Gehirn $1^1/_4$ Jahr nach der Exstirpation des Bulbus keine Veränderung makroskopisch finden können. Auf die Anfrage *Müller*'s, ob er gesehen habe, dass die Hemianopsieen eine verticale Ausdehnung eingenommen hätten, erwidert *J.*, dass die Hemianopsie zuweilen in einzelnen Quadranten vorkomme.

Discussion über die Frage des Non-restraint.

Schäfer. In Betreff der Vorberathung der Non-restraint-Frage habe er zu bemerken, dass die Mitglieder der Commission leider durch äussere Umstände verhindert worden seien, zusammenzukommen. Zur Aushülfe habe er seine Ansicht zu Papier gebracht und dieselbe den Herren *Ideler* und *Jastrowitz* mitgetheilt. Er erlaube sich nun dieselbe hier vorzutragen und bemerke, dass er eine Anzahl von Sätzen thesenartig aufgestellt habe und gebe anheim, ob die Discussion der Reihe nach sich an diese Sätze halten solle.

1. „Die Frage der freien Behandlung" („non-restraint") berührt eine sehr wichtige Seite der praktischen Irrenheilkunde. Der Versuch, zur Lösung derselben sine ira et studio beizutragen, ist um so begründeter, als erhebliche Missverständnisse und Meinungsverschiedenheiten die Klarheit der Fragestellung öfters beeinträchtigt haben.

2. Die Frage, ob und in welchem Maasse mechanische Beschränkungen bei der Behandlung der Irren zulässig sind, entspringt aus der allgemein bekannten Nothwendigkeit, gewisse Bestrebungen der Kranken, durch welche sie sich und anderen gefährlich werden, auf irgend eine Weise zu verhindern. Man kann dies Ziel erreichen, theils durch Entfernung der Anlässe zu gefährlichen Handlungen, theils durch psychische und arzneiliche Behandlung, theils durch mechanische Vorrichtungen.

3. Für die Beurtheilung der Anwendbarkeit dieser letzteren ist es von Wichtigkeit, dass ein Theil derselben von keiner Seite beanstandet werden kann, das sind die Beschränkungsmittel im weiteren Sinne des Wortes, welche in den baulichen Einrichtungen jeder Anstalt, den Umzäunungen,

Isolirzimmern u. s. w. gegeben sind. Ferner kann es vorkommen, dass von dem ärztlichen oder Pflegepersonal der Anstalt bei dem Transport von Kranken mitgewirkt werden muss, und dass es nicht anders als durch mechanischen Zwang möglich ist, die Ueberbringung zu bewirken. Endlich wird in Fällen von erheblicher äusserer Verletzung oder Erkrankung, wie allerseits zugegeben wird, die Nothwendigkeit eintreten können, den Kranken vor sich selber durch solche Maassregeln zu schützen, welche ihn an dem freien Gebrauch seiner Glieder hindern.

4. Hieraus ergiebt sich einerseits, dass von der Vermeidung jeglicher Art von mechanischer Beschränkung in der Behandlung der Irren nicht die Rede sein kann, dass es sich also bei der vorliegenden Frage auch nicht darum handeln kann, jede Art von Beschränkungsmitteln im weiteren Sinne des Wortes in die Untersuchung zu ziehen. Auf der anderen Seite ist es ebensowenig zweifelhaft, dass es das Ziel jeder einsichtigen Therapie sein muss, so lange als möglich, d. h. so lange es sich mit dem Wohle der Kranken verträgt, jede Art von Zwang in der Behandlung Geisteskranker zu vermeiden. Man kann daher — wenn es überhaupt noch irgendwo der Fall sein sollte — eigentlich nicht über den Grundsatz, sondern nur über die Grenze verschiedener Meinung sein, bis zu welcher man in der freien Behandlung zu gehen hat.

Es kommt deshalb darauf an, bestimmte mechanische Beschränkungsmittel in's Auge zu fassen und zu untersuchen, ob dieselben, abgesehen von den sub 3 erwähnten Fällen, angewendet werden dürfen oder nicht. Solche Vorrichtungen sind hauptsächlich die Jacke („Zwangs-“ oder „Sicherungsjacke“), sodann solche anderen Apparate, welche in ähnlichem oder stärkerem Maasse wie jene die Bewegung der Gliedmaassen verhindern.

5. Die Zahl der einem jeden Arzte zur Beobachtung gelangenden Krankheitsfälle ist eine endliche und beschränkte. Daher ist es möglich, dass dem Einen mehr, dem Andern weniger, Einigen vielleicht gar keine Fälle vorkommen, in welchen es schwer, resp. unmöglich ist, jene Apparate zu vermeiden. Nun auf Grund der Erfahrung Einzelner zu behaupten, dass Fälle, in denen die Anwendung bestimmter Vorrichtungen nothwendig ist, nicht vorkommen, wäre offenbar unthunlich und würde keine Geltung finden bei denjenigen, welche behaupten, solche Fälle thatsächlich beobachtet zu haben. Eher liesse sich umgekehrt annehmen, dass das thatsächliche Vorkommen solcher Fälle bewiesen werden könne, wenn nämlich solche Fälle, dem allgemeinen Urtheil unterbreitet, sich so darstellen, dass sie bei Allen die Ueberzeugung erweckten, sie hätten die Anwendung der bestimmten Beschränkungsform gerechtfertigt resp. erfordert. Leider zeigt es sich aber bei der Beurtheilung der betreffenden Mittheilungen, dass je nach dem Standpunkte der Urtheilenden die Auffassung verschieden ist und der Eine zweifelt an dem, was der Andere für bewiesen und nothwendig hält. Die Anerkennung einer allgemein gültigen Entscheidung für oder wider die Anwendung jener Apparate lässt sich in Folge dessen nicht erreichen, solange

nicht die persönliche Erfahrung Aller eine übereinstimmende geworden ist. Die Discussion des Gegenstandes kann daher nur den Zweck haben, von Neuem zum practischen Studium desselben anzuregen, und erreicht denselben einestheils durch den Austausch der Erfahrungen, anderntheils durch Aufstellung allgemeiner Gründe.

Indem die Mittheilung bestimmter Fälle den Anwesenden überlassen wird, sei hier in allgemeiner Beziehung Folgendes erwähnt.

6. Im Laufe des letzten Jahrzehends hat zwar der Grundsatz der freien Behandlung es nicht bis zur Abschaffung jeder Form von mechanischer Beschränkung bringen können, aber die Fertigkeit, bei der Behandlung der Geisteskrankheiten ohne Beschränkungsmittel auszukommen, hat im Allgemeinen noch zugenommen. Bessere Anstaltseinrichtungen, veränderte Formen der Verpflegung und die fortgesetzte Aufmerksamkeit der Aerzte auf diesen Gegenstand haben die Fälle, in denen directe Beschränkungsmittel überhaupt und somit insbesondere die erwähnten nothwendig sind, seltener werden lassen. Es besteht daher die Hoffnung, dass es ferner gelingen werde, in dieser Richtung weitere Fortschritte zu machen. Mechanische Beschränkungsmittel sind aber auch im Allgemeinen von so eingreifendem Charakter, dass es von Wichtigkeit ist, vor ihrer Anwendung zu fragen, ob das Mittel zu dem erstrebten Ziele auch in einem richtigen Verhältniss steht, ob mit andern Worten der abzuwehrende Schaden auch in der That erfolgreich beseitigt wird und ob nicht etwa aus dem von dem Beschränkungsmittel ausgeübten Reiz ein ebenso grosser oder noch grösserer Nachtheil entsteht als der ist, den man beseitigen will.

7. Es ist nicht zu bestreiten, dass die Vermeidung der erwähnten bestimmten Beschränkungsmittel durchgeführt werden kann; aber der Beweis lässt sich nicht liefern, dass mit gelegentlicher Anwendung derselben der eine oder andere Kranke nicht besser fahre. Die Vermeidung der Beschränkungsmittel kann aber auch positiv schaden, erstens indem sie zulässt, dass ein Kranker sich selbst nachtheilig wird, zweitens indem die an ihre Stelle gesetzten Mittel wie die lange fortgesetzten Narcotica, permanente Bewachung und die Hände des Wartepersonals unter Umständen grösseren Schaden anrichten, als die Anwendung eines Beschränkungsmittels.

8. Dass aber Fälle, in welchen man sich vor eine solche Alternative gestellt sieht, nicht vorkommen sollten, wäre einseitig zu behaupten gegenüber den positiven Erklärungen, man kann sagen, der meisten beschäftigten Irrenärzte, gegenüber der aufrichtigen Erklärung von solchen, welche den systematischen Versuch zur Abschaffung jener Apparate gemacht haben, dass man in gewissen Fällen nicht sicher sei, ob die Vermeidung der Beschränkungsmittel das Richtige gewesen sei.

Es ist ferner zugegeben, dass man nicht alle mechanischen Beschränkungsmittel im weiteren Sinne entbehren könne, auch sind Fälle sub 3 angeführt, in denen selbst von der Jacke Gebrauch gemacht werden soll; will

man nun eine bestimmte Grenze in der Anwendung dieser Mittel aufstellen, so muss man voraussetzen, dass auch in der Praxis eine entsprechende Grenze zu finden ist, an der sich die Fälle, wo jene Apparate erlaubt sein sollen, von denjenigen, in welchen sie unzulässig sind, deutlich scheiden. Eine solche Grenze dürfte sich aber schwerlich immer finden lassen.

9. Man hat gefürchtet, dass bei der nicht völligen Ausschliessung jener Beschränkungsmittel die Gefahr entstehe, dass ihr Gebrauch weiter einreisse als nöthig und die ursprüngliche Absicht des Arztes sei. Dieser scheinbare Vorwurf passt aber auf alle therapeutischen Mittel ebenso, da sie alle gelegentlich auch missbraucht werden können. Mit der Zulassung jener Beschränkungsmittel wächst der Schatz der Hülfsmittel des Irrenarztes nur entsprechend seiner Verantwortlichkeit. Der Arzt hat natürlich die Pflicht, die Beschränkungsmittel nur unter seiner persönlichen Leitung und Verantwortung anzuwenden, wodurch er jedem Missbrauche derselben vorbeugen kann. Dann kann und muss er noch nach Auskunft suchen, wo er vom Standpunkt des grundsätzlichen Abweisens aus dem Verlauf der Dinge ohnmächtig zusehen müsste. Die beste Methode der Irrenbehandlung wird also jedenfalls die sein, bei welcher der Werth der freien Behandlung gebührend geschätzt, zugleich aber ihre Nachtheile vermieden werden. Der Arzt soll eben auch hier das Eine thun und das Andere nicht lassen, wenn es seinen ärztlichen Zwecken dienlich ist.

10. Bei einer dem entsprechenden gewissenhaften Behandlung der Beschränkungsmittel wird der Unterschied zwischen der möglichst vermeidenden und der absolut abweisenden Methode, weil er sich nur auf wenige Apparate, vielleicht die Jacke allein, und nur auf sehr wenige Fälle bezieht, ein sehr geringer. Diejenigen würden einen Anachronismus begehen, welche sagten, dass noch heutzutage der Geist einer Anstalt, in welcher die erwähnten Beschränkungsmittel vorkommen, sich wesentlich von demselben unterscheiden müsse, in welcher dieselben nicht angewandt werden. Die Uebelstände, welche ihrer Zeit die Ausbildung des englischen Systems veranlasst haben, bestehen thatsächlich heutzutage in der Hauptsache nicht. Wenn auch in dieser Beziehung noch nicht Alles erreicht ist, so ist doch gegenwärtig die Auffassung von dem Wesen und Ziel der Irrenbehandlung in Bezug auf die Beschränkungsmittel bei allen Sachverständigen dieselbe. Auf dem Standpunkt der möglichsten Vermeidung der Beschränkungsmittel stehen sie Alle. Der Unterschied besteht nur in der Beurtheilung, in welchem Grade dieses Ziel mit Vortheil zu erreichen ist. Der Grundsatz aber, in welchem man einig ist, ist es, auf welchen Alles ankommt. Es ist nützlich, dies festzuhalten, um zu wissen, wie gross oder vielmehr wie gering die Differenz ist, um die es sich noch in dieser Frage handelt."

Jastrowitz betont, dass seine Auffassung nicht unwesentlich von derjenigen des Referenten abweiche und wünscht zunächst die Aeusserung von Seiten der beiden anderen Commissionsmitglieder.

Ideler hält die Non-restraint-Frage bei dem gegenwärtigen Zustande des

deutschen Irrenwesens überhaupt nicht mehr für eine dringende. Einen absoluten no-restraint könne es seiner Ansicht nach nicht geben; es kämen Fälle vor, und hier habe er besonders diejenigen im Auge, in denen ein Trieb zur Selbstbeschädigung bestehe, wo man einer zwangsweisen Beschränkung des Kranken nicht entrathen könne. Er hält es für zweckentsprechend, an der Hand concreter Fälle zu zeigen, wie sich nach Erschöpfung aller anderen Mittel zuweilen ohne Zwangsmittel bei Irren nicht durchkommen lasse und führt zwei Fälle an, in denen er bei hartnäckigster Sucht sich selbst zu verstümmeln, von der Anlegung eines Camisol habe Gebrauch machen müssen. Er lasse dahin gestellt sein, ob Andere in diesen Fällen, in denen prolongirte Bäder und die gebräuchlichen pharmaceutischen Beruhigungsmittel erschöpft waren, ohne die in Anwendung gezogenen Zwangsmittel ausgekommen wären.

Jastrowitz. Die Verschiedenheit der Anschauungen über das non-restraint habe ihren Grund in der Verschiedenheit der Definition, die ein Jeder sich theoretisch vom non-restraint mache. Es sei daher besser, praktisch in die Frage einzugehen. Non-restraint bedeutet nicht, der Kranke soll alle Willkür haben. Niemand sehe 1) die Isolirung als Zwang an. Ebensowenig könne man darüber in Zweifel sein, dass man Zwang anwenden müsse, 2) wo es chirurgische Heilung körperlicher Schäden und Lebensrettung bei Nahrungsverweigerung gelte. 3) Dürfe man das Bekleiden mit schwer zerreisslichen, unausziehbaren Röcken und Handschuhen nicht als Zwang betrachten, die Handschuhe sind darum kein eigentliches Zwangsmittel, weil der freie Gebrauch der Gliedmaassen dadurch nicht aufgehoben wird.

Alle Mittel, wodurch dies geschehe, Jacke, Stuhl, Alles was den Kranken irritirt, worüber das Urtheil freilich dem behandelnden Arzte zustehe, besonders Nahrungsentziehung ist beim Non-restraint strict untersagt.

Welches sind nun die Fälle, in denen man in concreto die Anwendbarkeit des Non-restraint in Zweifel ziehen kann?

Es seien zunächst die Selbstbeschädiger, Kranke, welche sich kratzen, bürsten, den Kopf an die Wand rennen, die Lippen abbeissen etc. Allein einerseits sei es gerade das Non-restraint gewesen, das z. B. durch Polsterzellen Abhilfe zu schaffen suchte, andererseits könne auch der Zwang nicht helfen und man müsse, wohl oder übel, zu den Narcoticis greifen. Gegen Onanie seien beide Systeme machtlos und dort, wo die Tendenz zur Selbstverstümmelung, wie bei Hallucinationen plötzlich hervorbreche, könne auch das Zwangssystem nicht helfen und sei gewiss dem Non-restraint nicht vorzuziehen, welches ja gerade eine schärfere Aufsicht verlangt.

Die acuten Aufregungszustände seien gewöhnlich nicht von langer Dauer und was die chronischen angehe, so könne man, sobald bei Paralytikern oder Periodischen aggressive Tendenzen gegen sich oder Andere hervorträten, dieselben in der Zelle beaufsichtigen lassen, oder ihnen bei Tages-, besonders aber zur Nachtzeit durch Narcotica Ruhe schaffen, die man mit aller Vorsicht in Anwendung ziehe.

Mit Schmutzigen liesse sich durch Reinlichkeit und Clystiere, Handschuhe besser als durch Beschränkung auskommen und hier sei dieselbe durchaus nicht am Platze.

Es wäre gut, wenn Fälle mitgetheilt und hier besprochen würden, welche in diese Kategorie fielen, in denen mit dem Non-restraint sich durchaus nicht habe auskommen lassen. Es ist zwar schwer zu sagen, was man an gleicher Stelle gethan hätte, aber die in der Charité besonders bei Einführung der zwangsfreien Behandlung gemachten Erfahrungen, dass es gelungen sei, dasselbe unter ungünstigen Verhältnissen (anfängliches Widerstreben des Wartpersonals, Enge der Räume, oft Ueberfüllung mit Unruhigen) durchzuführen, zeuge für die Möglichkeit in den besser gestellten Anstalten. Non-restraint ist heute eine Devise, unter welche alle humanen Bestrebungen, besonders seit *Conolly*, begriffen werden. Ein Jeder wird zugestehen, dass unter dieser Fahne viel erreicht wurde, dass auch der Geist des Wärterpersonals ein anderer geworden ist. Ich möchte hinzufügen, dass dadurch keineswegs Isolirungen häufiger zu werden brauchen, dass nach meiner Erfahrung Rohheiten in Worten, besonders das früher ganz gewöhnliche Drohen mit Stuhl und Jacke mehr und mehr verschwanden, als diese Stücke mythisch wurden. Wenn wirklich einmal unter hunderten ein Fall sich vorfinden sollte, der Zwang erfordert, so dürfen wir die Beurtheilung getrost dem Arzt überlassen. Aber lassen Sie uns keine Regeln aufstellen, lassen Sie uns nicht das segensreiche System dadurch gewissermaassen in Frage stellen, nachdem es allenthalben Wurzel gefasst!

Tigges. Bei meinem Dienstantritt in Sachsenberg fand ich den Non-restraint vor und habe denselben, wenige Ausnahmen abgerechnet, die sogleich zu erwähnen sind, weiter in Anwendung gebracht. Ich muss gestehen, dass mir dabei Zweifel aufgestiegen sind, ob die Befolgung des Non-restraint in allen Fällen im Interesse der Kranken gelegen hat. Die Sache liegt in der That so, dass sie von verschiedenen Gesichtspunkten aus angesehen werden kann. Als wichtigste Unterstützungsmittel des Non-restraint müssen Narcotica, Morphium, Chloral und Verbindung von Morph. mit Chloral angesehen werden. Ich betone dabei, dass bei einem maassvollen Gebrauch derselben und bei Innehalten einer bestimmten Dosengrösse Unglücksfälle durch dieselben, ebenso Nachtheile anderer Art durchaus zu vermeiden sind. Als Beispiele von Fällen, in denen der Non-restraint anscheinend mit Nachtheil für die Kranken verbunden war, nenne ich zunächst die Fälle von Pneumonie bei heruntergekommenen Kranken im Winter. Wenn man auch hier Abends von neuem einheizen lässt, so ist es doch unmöglich, hier immer solche Temperatur-Abfälle zu verhüten, welche als Todesursachen für diese Nachts unruhigen Kranken gelten müssen, so dass man bei der Section den Skrupel nicht zurückweisen kann, dass der Ausgang bei Befestigung der Kranken im Bett verhütet worden wäre. Dann führe ich einen Kranken an, von dem anzunehmen ist, dass er als Ausfluss derselben Heftigkeit, die er bei uns zeigte, zu Hause seine

Frau umgebracht hat. Bei seinen bedeutenden Kräften und seiner Neigung zu gewaltthätigen Handlungen gegen die Aerzte, Oberwärter, Wärter, so dass er von Allen gefürchtet wurde, musste er vorläufig isolirt werden. Narcotica waren in keiner Form anwendbar. Er gewann nun seine Einsamkeit unter Entwickelung von Hallucinationen und Wahnideen so lieb, dass jeder Versuch, ihn unter Andere zurück zu versetzen, mit denselben gemeingefährlichen Thätlichkeiten beantwortet wurde. Dies dauerte, unter Abwarten nicht Wochen und Monate, sondern bis jetzt 3 – 4 Jahre lang, und erst in der letzten Zeit scheint der Zustand etwas milder zu werden. Hier drängt sich der Gedanke auf, dass bei Anwendung der Zwangsjacke es möglich gewesen wäre, diesen Menschen in Gesellschaft zu halten, dabei etwa noch Einspritzungen anzuwenden und das ganze Verhältniss humaner zu gestalten.

Die oben erwähnten Ausnahmen beziehen sich auf chirurgische Fälle und auf Zwangsfütterung bei Nahrungsverweigerung. Sehr widerstrebende Kranke wurden in letzterem Fall, um das ganze Verfahren milder zu gestalten, in Betttücher, Decken eingeschlagen, oder, selten, ihnen die Zwangsjacke angezogen.

Zu den Beschränkungsmitteln in weiterem Umfange, gegen welche hier und da der Kampf sich richtet, zählt die Versicherung der Fenster in der Abtheilung der Aufgeregten. Ich fand in einer solchen gewöhnliche Fensterscheiben bei 6—8 Kranken und 2—3 Wärterinnen. Letztere waren also vorkommenden Falls dazu bestimmt, durch ihr Dazwischentreten das Fenstereinschlagen zu verhüten. Da hier diese Einrichtung seit Jahren besteht, so ist der Beweis geliefert, dass man mit diesen gewöhnlichen Einrichtungen auskommen kann. Doch wurde auch von eingeschlagenen Fensterscheiben und von grossen Zahlen solcher berichtet. Die Nachtheile dieser Einrichtung bestehen darin 1) dass bei Kranken mit Neigung zum Fenstereinschlagen diese durch die Gelegenheit ihr nachzukommen und durch den Kampf mit der Wärterin vermehrt wird, 2) dass der Kranke sich selbst verletzen kann, 3) dass die anderen Kranken der Abtheilung durch diese Vorgänge unnöthig aufgeregt und in Mitleidenschaft gezogen werden. Für öffentliche grosse Provinzialanstalten kommt noch die Erwägung hinzu, dass sich hier 20—30 Kranke aufhalten und bei Beschaffung des nöthigen Wartpersonals die Frage entsteht, ob die Kosten im Verhältniss zu dem erzielten Vortheile stehen. — Weiter ist hier zu nennen die fehlende Fenstervergitterung. Man will die Sache so eingerichtet haben, dass parterre die Wohnräume sind. Diese brauchten keine Gitter, da man von hier in die mit Zäunen, Mauern etc. umgebenen Höfe gelange, in denen die Kranken bewacht und von Fluchtversuchen abgehalten werden. Das zweite Stockwerk soll nur Schlafzimmer enthalten mit verschliessbaren Läden an den Fenstern, so dass die Kranken diese Schlafzimmer erst nach dem Fensterverschluss betreten. Etwas Aehnliches war früher auf dem Sachsenberg, indem die Fenster der Schlafzimmer der Pensionäre keine Gitter und die Wärter die Aufgabe hatten, die Thür

zwischen Wohn- und Schlafzimmer so lange geschlossen zu halten, als Abends resp. Morgens das Schlafzimmerfenster geöffnet wurde. Die Intelligenz und die Zuverlässigkeit der Wärter ist jedoch nicht so sicher als mechanische Schranken. Während meiner Dienstzeit in Sachsenberg drangen 2 Kranke durch die nicht verschlossene Thür in's Schlafzimmer und von hier durch's Fenster nach aussen und kamen so um. College *Flemming* erzählte mir von 2 weiteren Fällen. Einen 5. Fall erlebte ich in einer andern Anstalt, wo ein Kranker aus dem obersten Flügel des nicht vergitterten Fensters des 2. Stockwerkes herausspringend, sich Leistenbrüche zuzog, an denen er nach einer Reihe von Tagen starb. Die Schuld an diesen 5 Todesfällen trägt die mangelhafte oder fehlende Fenstervergitterung.

Edel. Es ist über jeden Zweifel erhaben, dass die freie Behandlung, das Non-restraint, das oberste, leitende Princip der Behandlung der Geisteskranken sein muss.

Jedoch sind Ausnahmen zuzulassen, in welchen vorübergehend der mechanische Zwang durch Handschuhe, Brustrieme, selbst Jacke angezeigt sein könnte und zwar

1) beim Transport der Tobsüchtigen,

2) bei Verletzungen Zwecks der Heilung,

3) bei gefährlichen Geisteskranken, welche beständig durch ihre Wahnvorstellungen zu aggressiven Handlungen getrieben werden,

4) bei sehr unruhigen Paralytikern, um eine Selbstverletzung zu vermeiden.

Ich gestehe zu, dass in seinen Anordnungen der behandelnde Arzt sich häufig den bestehenden Einrichtungen der Anstalt unterordnen muss und dass bei ganz vollkommen eingerichteten Anstalten die Zahl derjenigen Fälle, in welchen eine vorübergehende Zwangsbehandlung sich als nothwendig erweisen sollte, auf ein Minimum sich reduciren wird.

Hasse. So sehr er einerseits das Streben zu betonen habe, nach Möglichkeit ohne Zwang auszukommen, so glaube er doch auch, dass Ausnahmefälle vorkommen, in denen man von der Jacke Gebrauch machen dürfe resp. müsse, und er sehe keinen Vortheil darin, dieses Hülfsmittel ein für alle mal zu verwerfen. Er wolle in dieser Hinsicht noch auf die Fälle hinweisen, in denen Kranke selber um die Beschränkung bitten. Er könne nicht zugeben, dass dies — wie ihm eingeworfen wird — lediglich ein Anstaltssymptom sei.

Jastrowitz. Die Fälle, die Hr. *Edel* angeführt habe, würden wohl in keiner Non-restraint-Anstalt in gleicher Weise behandelt worden sein. Hr. *Edel* zeige vielleicht dadurch, dass er die Praxis des Non-restraint nicht kennen gelernt habe. Denn mehr als bei ihm sei auch in alten Anstalten nicht geschehen, und es seien diese Fälle gerade diejenigen gewesen, bei welchen man früher Zwang für angezeigt hielt, was jetzt nicht anerkannt werden könne.

Edel. Wer sich absolut abwehrend gegen die Beschränkung verhalte,

werde zu erleben haben, dass trotz aller Medication und Bewachung Unglücksfälle eintreten, die sich andernfalls hätten vermeiden lassen; auch sei ein Kämpfen zwischen Wartpersonal und Kranken unvermeidlich, wovon man nachher die Spuren in den blauen Flecken zu sehen bekomme.

Müller. Den Zwang grundsätzlich als etwas Verkehrtes anzusehen, halte er nicht für das Richtige. Es müsse dem Irrenarzt nicht weniger überlassen sein, nach Umständen von demselben Gebrauch zu machen, als sich auch der praktische Arzt, der Chirurg und innere Kliniker zuweilen in die Lage versetzt sehe, ihn anzuwenden.

Mendel. Es würde im Interesse eines geregelten Ganges der Discussion nöthig sein, sich an bestimmte Sätze zu halten.

Laehr. Bei der vorgerückten Zeit müsse die weitere Discussion verschoben werden. Er schlage vor, der Commission zu überlassen, die Frage weiter zu behandeln, eventuell sich durch einige Mitglieder zu verstärken.

Dr. *Schäfer.*

Jahresversammlung des Vereins der Deutschen Irrenärzte am 16. und 17. September 1879 zu Heidelberg.

Anwesend die Herren:

Ackermann, Director der Cantons-Irrenanstalt Rosegg,
L. Binswanger, Director der Privat-Irrenanstalt zu Kreuzlingen,
Brosius, Director der Privat-Irrenanstalt Bendorf-Sayn,
Engelken zu Bremen,
Eyselein, Director einer Privat-Heilanstalt für Nervenkranke zu Blankenburg i. H.,
Freusberg, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Saargemünd (Lothringen),
Pfarrer *Falch* zu Rottenburg (Würtemberg),
Fischer jun., 2. Arzt der Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Pforzheim,
Fürstner, Professor u. Director der psychiatrischen Klinik zu Heidelberg,
Gutsch, Medicinalrath u. Arzt der Strafanstalten zu Bruchsal,
Guttstadt, Docent u. Referent des k. statistischen Bureaus in Berlin,
Hentschel in Heidelberg,
Hergt, Geh. Hofrath u. Director der Heil- u. Pflegeanstalt Illenau,
Hertz, Dir. der Privatheilanstalt in Bonn,
Heuser, Medicinalrath u. Director der Prov.-Irrenanstalt Eichberg,
Jehn, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt Grafenberg (Düsseldorf),
Kern, Arzt an der Idiotenanstalt zu Möckern b. Leipzig,
Kind, Dir. der Idiotenanstalt Langenhagen bei Hannover,
Koch, Dir. der k. Landes-Irrenanstalt zu Zwiefalten (Würtemberg),
Laehr, Geh. San.-Rath u. Dir. des Asyles Schweizerhof bei Berlin,
Landerer, Dir. der Privatanstalt Kennenberg (Würtemberg),

Loechner, Dir. der Kreis-Irrenanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz),
Lorent, zu Bremen,
von Mandach, zu Schaffhausen,
A. Meyer, Dir. der Privatanstalt zu Eitorf,
O. Müller, Dir. der Heilanstalt für Nervenkranke zu Blankenburg i. H.,
Nasse, Geh. Med.-Rath u. Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Andernach,
Nötel, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Merzig,
v. Rinecker, Professor u. dirig. Arzt der Irrenabtheilung des Juliushospitales zu Würzburg,
Ripping, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Düren,
Schroeter, Oberarzt der städt. Irrenanstalt zu Dalldorf bei Berlin,
Schultze, Privatdocent zu Heidelberg,
Sehrt, Dir. der Irrenanstalt zu Hofheim,
F. Siemens, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Marburg,
Spamer, Privatdocent zu Giessen,
Stark, Dir. der Prov.-Irrenanstalt Stephansfeld,
Stüler, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Heidelberg,
Ullrich, 2. Arzt der Kreis-Irrenanstalt zu Erlangen,
Werle, 2. Arzt der Irrenheilanstalt zu Heppenheim,
Westphal, Prof. u. dirig. Arzt der Irrenabtheilung der Charité in Berlin,
Weyert, San.-Rath u. Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Owinsk.

Geheimrath *Nasse* eröffnet um 4 Uhr Nachmittags die Sitzung im Hörsaale der neuen Universitäts-Irrenklinik, deren Eröffnung in diesem Jahre die deutschen Irrenärzte nebst dem Anschluss an die Naturforscher-Versammlung in Baden nach Heidelberg geführt und dankt vor Allem Professor *Fürstner*, dass er gestattet habe, in diesen Räumen die Versammlung zu halten, — fügt auch sofort dessen Einladung für den 17. September früh 9 Uhr zur Besichtigung der Klinik bei — und begrüsst die anwesenden Gäste. —

Am Präsidententische: *Nasse*, *Laehr*, *Westphal* — die Herren *Ludwig* und *Zinn* sind entschuldigt. Nach Erwählung der beiden Schriftführer (Dr. *Stüler* und Dr. *Ullrich*) widmet *Nasse* den im vergangenen Jahre verstorbenen Mitgliedern des Vereins: *Dick*, *Köppe*, *Gehewe*, *Böttcher* warme Worte der Erinnerung: *Dick* war einer derjenigen, welche am eifrigsten die collegiale Vereinigung der Irrenärzte gefördert; ihm sei es beschieden gewesen, mit seinen reichen Gaben des Geistes und Gemüthes seine ganze volle Thätigkeit einer einzigen Anstalt, der Anstalt seiner engeren Heimat, zu widmen und wüssten wir Alle, mit welch seltener Hingabe er dies ausgeführt habe. Klingenmünster sei *Dick*'s Schöpfung, der Geist der edlen Humanität, der dort herrsche, und das dankbare Andenken, welches die ganze Bevölkerung Rheinbaierns auf vielseitige Weise kundgegeben, seien die lebendigen Zeugen seiner gesegneten Wirksamkeit.

Köppe steht uns Allen noch in lebendigster Erinnerung, wie er vor

wenigen Jahren mit begeisterter Rede seine Ideen und Pläne für die Verwendung der Landwirthschaft zur Heilung und Pflege der Irren vor uns entwickelt habe; wir wissen, wie er die Stände einer grossen Provinz durch die Wärme seiner Ueberzeugung und durch den idealen Schwung seines Geistes für seine Pläne zu gewinnen verstanden hat; wir wissen es, wie er mit seinem organisatorischem Talente den Grund gelegt hat für die Schaffung einer grossen landwirthschaftlichen Anstalt mit freiester Verpflegung, und wir waren Alle tief erschüttert, wie ihn in der Fülle seiner Kraft mitten in diesem Schaffen ein rascher Tod ereilt hat.

Ferner gedachte *Nasse* noch des mit Deutschland in mannigfacher Weise verbundnn gewesenen *Gehewe*, der durch seine nahen Beziehungen zur deutschen Psychiatrie bei vielen von uns in bestem Andenken steht, — sowie des braven und strebsamen Collegen *Böttcher*.

Das Andenken dieser vorstorbenen Mitglieder zu ehren, erhoben sich alle Anwesenden von ihren Plätzen.

I. Bericht des Vorstandes über die Ausführung früherer Vereinsbeschlüsse (Trinkerfrage. Staatsaufsicht der Irrenanstalten).

Nach Vorstellung der Anwesenden übernimmt *Westphal* den Vorsitz und referirt nun *Nasse* über die Arbeiten des Vorstandes im vergangenen Jahre, in specie über die Trinkerfrage: Zuerst erinnert er an die Eingabe vom 25. März vorigen Jahres, die die Bitte um statistische Erhebungen wiederholt und dringend befürwortete. — Die Bitte habe bis jetzt noch keine officielle Erledigung gefunden; soviel er wisse, sei die Frage in der Sitzung der wissenschaftlichen Deputation berathen und mannigfache Bedenken sowohl gegen — die Definition der Gewohnheitstrinker, als betreffs der Ausdehnung, welche diesen statistischen Erhebungen zu geben sei, laut geworden und, es sei endlich beschlossen worden, eine sehr beschränkte statistische Erhebung der Trinker in einigen grösseren Anstalten Berlins dem betreffenden Ministerium zu empfehlen. — Heute liegt deshalb für den Verein kein Grund zu weiterer Aeusserung vor.

Ferner berichtet *Nasse* über verschiedene Vorkommnisse, welche zur Bekämpfung des Alcoholmissbrauches im Verlauf des letzten Jahres in und ausser Deutschland geschehen seien. Es beziehen sich diese zunächst auf eine Eingabe, welche der Verein für öffentliche Gesundheitspflege des Niederrheins in seiner Sitzung vom 30. November vorigen Jahres beschlossen habe; dieser Verein habe die Resultate seiner Berathungen dahin zusammengefasst, dass zunächst auf eine Aenderung in der Gesetzgebung in der Richtung hinzuwirken sei, dass

1) die Concession zu Gast- und Schank-Wirthschaften und der Kleinhandel mit Spirituosen wieder in allen Fällen von der Bedürfniss-Frage abhängig gemacht werde;
2) dass die Wirthe, welche offenbar trunkene Personen in ihren Loc dulden und ihnen geistige Getränke verabreichen, straffällig seien

3) dass offenbare Trunkenheit auf der Strasse, in Wirthshäusern und an anderen öffentlichen Orten unter Strafe zu stellen sei;
4) dass die Gesetzgebung das Recht gewähren solle, gewohnheitsmässige Trinker auch gegen ihren Willen in besonderen Asylen unterzubringen.

Mit diesem kurzen Antrage habe der Verein, dem bekanntlich auch zahlreiche Verwaltungsbeamte, u. A. die Oberbürgermeister fast aller grösseren Städte der Rheinprovinz angehörten, sich ganz auf den Standpunkt, den unser Verein in den Nürnberger Beschlüssen 1877 eingenommen, gestellt; und hinsichtlich der Concession zu Gastwirthschaften etc. hier wenigstens eine theilweise Abhülfe durch die vom Reichstage in seiner 79. Sitzung am 11. Juli d. J. angenommenen Abänderung des § 33, 3 der Gewerbeordnung erfolgt.

Die Eröffnung des Asyls für Trinker aus höheren Ständen zu Lintorf bei Düsseldorf stehe in nächster Zeit zu erwarten; das Asyl, aus freiwilligen Beiträgen errichtet, sei nach Lage der Gesetzgebung zunächst nur für freiwillige Aufnahmen bestimmt. Für die Regelung solcher freiwilligen Aufnahmen im Asyle sei in England nach eingehenden Debatten vom Parlamente am 6. December v. J. eine Habitual drunkards Bill beschlossen worden, welche die Asyle unter gesetzliche Aufsicht stelle und diejenigen, welche vor einem Friedensrichter ihren freiwilligen Eintritt nachsuchen, auf eine gewisse Zeitfrist, nicht über 12 Monate, in dem Asyle zurückzuhalten gestatte. Es sei damit ein grosser Schritt zur gesetzlichen Sicherung der Trinkerasyle geschehen, und es sei nur dringend zu wünschen, dass Deutschland diesem Vorgange bald nachfolgen möge. — Als wichtig für unsere Bestrebungen sei aus dem englischen Gesetz hervorzuheben, dass die dort gegebene Definition der Gewohnheitstrinker mit der unsrigen fast wörtlich übereinstimme: „Gewohnheitstrinker sind Personen, welche in Folge von gewohnheitsmässigem unmässigem Trinken von berauschenden Getränken sich selbst oder Andern gefährlich oder unfähig sind, sich und ihre Geschäfte zu besorgen".

Der Vortragende erinnerte endlich an den vom 13.—16. August v. J. in Paris stattgehabten internationalen Congress für das Studium der auf den Alcoholismus bezüglichen Fragen, und den Beschluss desselben, eine permanente internationale Commission zu ernennen, welche alle auf den Alcoholismus bezügl. Thatsachen sammeln und die Mittel ihn zu bekämpfen, studiren solle. —

Nasse schlägt vor, dass wir zwar augenblicklich von weiteren Schritten absehen sollten, namentlich bis die Frage, in wieweit eine statistische Aufnahme noch stattfinden werde, entschieden, — dass wir aber die Frage nicht von unserer Tagesordnung absetzen, sondern uns ein weiteres Vorgehen je nach den Umständen vorbehalten und ersucht die Versammlung, den Vorstand hiezu zu ermächtigen.

Guttstadt theilt mit, dass die statistischen Erhebungen über die Trinker in der Strafanstalt am Plötzensee und in dem Berliner Arbeitshause bereits

vorbereitet seien, wiewohl der Berliner Magistrat Bedenken geäussert habe; es werde also wahrscheinlich für das Jahr 1880 schon ein Resultat zu erwarten sein.

Meier (Eitorf), glaubte annehmen zu dürfen, dass in England nicht nur für die freiwillig in die Asyle tretenden Trinker Fürsorge getroffen sei, sondern dass auch die Anderen auf Grund einer Verurtheilung in das Asyl kämen, und verliest Einiges aus der schon von *Nasse* berührten Bill, welche 1880 in Wirksamkeit tritt und vorläufig 6 Jahre in Kraft bleibt.

Auf Anfrage des Vorsitzenden ertheilt die Versammlung dem Vorstande Vollmacht, die Frage weiter zu verfolgen.

Nasse referirt ferner (in Vertretung von *Zinn*) über die Arbeiten des Vorstandes betreffend die Staatsaufsicht über die Irrenanstalten.

In Cassel wurde im vorigen Jahre beschlossen: Das königlich preussische Ministerium für die geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten in einer motivirten Eingabe zu ersuchen, dasselbe wolle:

1) dem Vereine Gelegenheit geben, sich vom Standpunkte der öffentlichen Irrenpflege aus über den in Vorberathung befindlichen Entwurf betreffend die Reorganisation des Medizinalwesens und die öffentliche Gesundheitspflege in Preussen vor dessen endgiltiger Feststellung gutachtlich äussern zu können;
2) einen auf dem Gebiete der öffentlichen Irrenpflege erfahrenen Irrenarzt als vortragenden Rath in das Ministerium berufen.

II. Das kaiserliche Gesundheitsamt in einer motivirten Eingabe zu ersuchen, dahin wirken zu wollen, dass „die Bedingungen in rechtlicher Beziehung für die Aufnahme von Kranken in Irrenanstalten gleichmässig für das Reich geregelt werden".

Diese Beschlüsse des Vereins habe der Vorstand in weitere Berathung gezogen, aber Anstand genommen, dieselben in der geplanten Weise auszuführen. — *Zinn* habe das Bedenken geäussert, dass ihm von Seite mehrerer Reichstags- und Bundesraths-Mitglieder mitgetheilt worden, dass die Aufnahmebedingungen nur durch ein Irren-Gesetz zu regeln sein würden, — dessen Erlass aber der Verein bekanntlich zur Zeit nicht wünsche.

Was den weiteren Wunsch des Vereins betreffs der Berufung eines Irrenarztes in's Ministerium als vortragenden Rath anbelange, so musste sich der Vorstand sagen, dass dagegen in diesem Augenblicke politische und wirthschaftliche Gründe sprächen, welche es nicht passend erscheinen lassen, mit einem wahrscheinlich aussichtslosen Gesuche vorzugehen. — Dagegen wurde die Bitte an das Ministerium um Mittheilung des Entwurfes betreffend die Reorganisation des Medizinalwesens und die öffentliche Gesundheits-Pflege gestellt:

Andernach, den 5. Mai 1879.

Euer Excellenz beehrt sich der unterzeichnete Vorstand des Vereins der deutschen Irrenärzte nachstehende Bitte gehorsamst vorzulegen.

Der genannte Verein hat sich in seinen Berathungen der letzten beiden

Jahre mit der Frage der Staatsaufsicht über die Irrenanstalten eingehend beschäftigt, und hat in Folge dessen seinen Vorstand beauftragt, Ew. Excellenz gehorsamst zu bitten:

„dem Vereine hochgeneigtest Gelegenheit geben zu wollen, sich vom Standpunkt der öffentlichen Irrenpflege aus über den nach der Mittheilung des Königlichen Regierungs-Commissars in der Sitzung des Preussischen Abgeordnetenhauses vom 8. Februar v. J. in Vorberathung befindlichen Entwurf, betreffend die Reform des Medizinalwesens und der öffentlichen Gesundheitspflege, vor der endgültigen Feststellung gutachtlich äussern zu dürfen".

Euer Excellenz wollen gestatten, diese Bitte durch die Erwägung zu begründen, dass die öffentliche Irrenpflege sowohl in Rücksicht auf die grosse Zahl der Geisteskranken und die schweren und vielseitigen Folgen der Geisteskrankheit als in Betracht der bedeutenden und in stetiger Steigerung begriffenen Höhe der jährlich für die Behandlung und Pflege der Irren aufzuwendenden Kosten einen der wichtigsten Zweige der öffentlichen Gesundheitspflege bildet, und dass durch die Einführung der Kreis- und Provinzial-Ordnung sich das Bedürfniss einer Reform der Irrenpflege in mehrfacher Beziehung, namentlich auch hinsichtlich der staatlichen Ober-Aufsicht auf die Irrenanstalt geltend macht.

Den Wunsch der practischen Irrenärzte, Gelegenheit zu finden in diesen Fragen, welche sie so nahe angehen und welchen besondere Aufmerksamkeit zu widmen ihr Beruf sie täglich anregt, bei etwa beabsichtigten gesetzlichen Aenderungen mit ihren Ansichten und Erfahrungen nach gemeinsamer Prüfung und Berathung an maassgebender Stelle geneigtest gehört zu werden, werden Ew. Excellenz wohl nicht unbillig finden, und in dieser Hoffnung beehrt sich der Vorstand die obige Bitte des Vereins der Irrenärzte ehrerbietig gehorsamst zu wiederholen.

Der Vorstand
des Vereins der deutschen Irrenärzte.

und ist darauf vom Cultusminister folgende Antwort ertheilt:

Berlin, den 14. Juni 1879.

Auf die Eingabe vom 5. v. Mts. erwidere ich dem Vorstande, dass ich gerne bereit bin, diejenigen Vorschläge entgegenzunehmen, welche der Verein vom Standpunkt der öffentlichen Irrenpflege behufs einer Erwägung bei Ausarbeitung eines Gesetzentwurfs über die Reform des Medizinalwesens und der öffentlichen Gesundheitspflege mir zu unterbreiten wünscht. Es wird mir angenehm sein, solche Vorschläge eingehend motivirt und thunlichst in formulirter Fassung zu erhalten, da erst hierdurch eine allseitige Prüfung und Beleuchtung nach den verschiedenen, dabei in Betracht kommenden Gesichtspunkten ermöglicht wird. Von einer vorgängigen Mittheilung eines Gesetzentwurfs würde ich bitten, die gedachten Vorschläge

nicht abhängig zu machen, indem es bereits für die sehr schwierige Vorbereitung eines solchen Entwurfs von erheblicher Wichtigkeit sein muss, dieselben verwerthen zu können.

gez. Falk.

Der Vorstand sei aber davon abgestanden Vorschläge zu machen, da es ihm unmöglich scheine, formulirte Vorschläge zu machen ohne Kenntniss der Grundzüge einer Reform.

Nachdem sich die Versammlung hiermit einverstanden erklärt hatte, theilt *Nasse* weiter mit, dass der Vorstand sich verpflichtet gehalten habe, nachdem die Beschlüsse der Commission für die ärztliche Prüfungsordnung vom Sept. vor. Jahres bekannt geworden sind, (halbjähriger Besuch einer psychiatrischen Klinik oder ein 6 wöchentlicher practischer Curs in einer öffentlichen Irrenanstalt und mündliche Prüfung in der Psychiatrie) sich für diese Vorschläge sowohl bei dem hohen Bundesrathe als bei dem Preuss. Cultus-Ministerium in einer motivirten Eingabe vom 18. Oct. v. J. eindringlichst zu verwenden.

Den 18. Oct. 1878.

Hohem Bundesrathe beehrt sich der unterzeichnete Vorstand des Vereins der deutschen Irrenärzte, das nachstehende Gesuch ehrerbietig gehorsamst vorzulegen.

In der von dem Herrn Reichskanzler zur Berathung einer Revision der gegenwärtig innerhalb des Reichsgebietes geltenden Prüfungsvorschriften für Aerzte auf den 26. August d. J. berufenen Commission ist dem Vernehmen nach beschlossen worden, für die ärztliche Prüfung zu verlangen:

1. Den Nachweis eines halbjährigen Besuchs der Klinik für Geisteskrankheiten als Practicant, oder einer dem Besuche der Kliniken nachfolgenden sechswöchentlichen practischen Thätigkeit in einer öffentlichen Irrenanstalt, welche dem halbjährigen Besuch der Klinik für Geisteskrankheiten gleich gerechnet werden solle.

2. Die Prüfung in der Psychiatrie, in welcher der Candidat vor Einem Examinator die Befähigung zur Erkenntniss und Behandlung der Geisteskrankheiten, soweit für den practischen Arzt erforderlich, mündlich nachzuweisen habe.

Die deutschen Irrenärzte haben seit Jahrzehenden die Nothwendigkeit der Ausbildung der practischen Aerzte in der Psychiatrie einzeln und in ihren Versammlungen betont, und der Verein der deutschen Irrenärzte hat zu wiederholten Malen in seinen Jahresversammlungen Eingaben um Aufnahme der Psychiatrie unter die Gegenstände der ärztlichen Prüfung an die hohen Regierungen beschlossen. So hat der unterzeichnete Vorstand im Auftrage des Vereins sich 1872 an das hohe Reichskanzler-Amt mit der Bitte gewendet, veranlassen zu wollen, dass das Fach der Psychiatrie unter die Gegenstände der Prüfung der Aerzte aufgenommen werde und seinen Einfluss dahin zu verwenden, dass zu diesem Zwecke an allen Universitäten

des deutschen Reiches klin.-psychiatrischer Unterricht ertheilt werde. Und als das hohe Reichskanzler-Amt diese Bitte im November desselben Jahres ablehnend dahin beschieden hatte, dass, obwohl die Bedeutung der Ausbildung der Candidaten der Medizin in der Psychiatrie nicht verkannt werde, doch die Befürwortung der Aufnahme der Psychiatrie unter die medizinischen Prüfungsgegenstände bei dem hohen Bundesrath deshalb beanstandet werde, weil es nothwendig sei, gegenüber der fortschreitenden Specialistik in der medizinischen Forschung eine bestimmte Grenze im Specialisiren der Prüfungen zu ziehen, hat der Verein in seiner Jahressitzung zu Eisenach im Jahre 1874, durchdrungen von der Ueberzeugung, dass die Ergänzung der ärztlichen Ausbildung durch die Aufnahme der Psychiatrie in den ärztlichen Bildungsgang mit der wachsenden staatlichen Fürsorge für die Irren wie mit der fortschreitenden wissenschaftlichen Entwickelung dieses Faches ein immer brennenderes Bedürfniss werde, seinen Vorstand wieder beauftragt, bei den hohen deutschen Regierungen bei der bevorstehenden Revision der ärztlichen Prüfungsordnung die Befürwortung seines obigen Gesuches bei dem Bundesrathe zu erbitten, und von einigen derselben auch günstigen Bescheid zu erhalten das Glück gehabt.

Es sind daher jetzt die Vorschläge der von dem Herrn Reichskanzler berufenen Sachverständigen-Commission von den Irrenärzten auf das Freudigste begrüsst worden, und der unterzeichnete Vorstand würde glauben, sich einer schweren Pflichtverletzung schuldig zu machen, wenn er nicht die dringenden Wünsche des Vereins der deutschen Irrenärzte, mit denen die Anträge der Revisions-Commission durchaus übereinstimmen, dem hohen Bundesrathe gerade im gegenwärtigen Augenblicke, wo die Entscheidung über jene Anträge bevorsteht, zur hochgeneigten Kenntnissnahme vorzulegen sich gestattete.

Es werden dem hohen Bundesrath die Gründe, welche für die psychiatrische Ausbildung der Aerzte geltend zu machen sind, hinreichend bekannt sein; der unterzeichnete Vorstand beehrt sich daher die Aufmerksamkeit des hohen Bundesrathes nur kurz auf das ungemein grosse Interesse hinzulenken, welches die obligatorische Verpflichtung der practischen Aerzte zur Erwerbung psychiatrischer Kenntnisse für die Geisteskranken und den Staat haben würde. Für die ersteren, weil es sich für sie nicht blos um Gesundheit und Leben, sondern um Ehre und Freiheit, um Glück und Vermögen auch ihrer Familien handelt; für den letzteren, weil die Geldopfer, welche für die Pflege der Geisteskranken aufgebracht werden müssen, sich noch immerfort steigern. Gegenwärtig muss es ein Zufall genannt werden, wenn ein practischer Arzt ein Verständniss für die Erkenntniss und Behandlung von Geisteskranken in seine Berufsthätigkeit mitbringt. Der weitaus grösste Theil der Aerzte entbehrt derselben gänzlich und geht in die Praxis ohne sich irgend eine Kenntniss in der Psychiatrie angeeignet und selbst ohne in seiner academischen Laufbahn nur einen Geisteskranken gesehen zu haben. Und doch sind sie berufen, über das Wohl und Wehe

solcher Kranken als Sachverständige zu befinden, und nicht blos in foro über krankhafte Zustände zu urtheilen, die ihnen ganz fremd sind, sondern auch Entscheidungen über die Behandlung von Kranken zu treffen, denen gegenüber sie sich in voller Unwissenheit befinden. Welche Fülle von Missgriffen in der Behandlung und Beurtheilung von Geisteskranken stattfinden, welcher Schaden aus denselben den staatlichen und gemeindlichen Interessen erwächst, welche Missstände für die gerichtliche Praxis daraus entstehen, bedarf keiner näheren Darlegung. Die Kranken leiden unter der unrichtigen Behandlung, der Staat oder die Gemeinden unter der versäumten Fürsorge für die Herbeiführung einer Genesung, die gerichtliche Praxis unter dem natürlichen Misstrauen gegen das Urtheil der sogen. Sachverständigen, und die Aerzte selbst entgehen nicht der verdienten Beeinträchtigung ihres Ansehens, welche als eine nothwendige Folge ihres Verhaltens in ihren Beziehungen zu Gerichten und zur Gesellschaft sich aus dem Mangel ihrer Kenntnisse ergeben muss. Wenn nach §. 372 der demnächst in's Leben tretenden Civilprocessordnung und §. 75 der Strafprocessordnung die Aerzte sich den Requisitionen der Gerichte als Sachverständige nicht entziehen dürfen, und wenn hinsichtlich der Qualification der Sachverständigen in der Untersuchung und Beurtheilung zweifelhafter Gemüthszustände nur die ärztliche Approbation genügt, so liegt es auf der Hand, dass die gegenwärtige ärztliche Ausbildung für diese Ansprüche nicht ausreicht. Die Königl. Bairische Staatsregierung hatte deshalb schon vor 20 Jahren die Psychiatrie unter die obligatorischen ärztlichen Prüfungsgegenstände aufgenommen, und hat auf diese bewährte, durch Einrichtung psychiatrischer Kliniken an ihren sämmtlichen Universitäten unterstützte Einrichtung erst dann verzichten müssen, als sie sich mit den übrigen süddeutschen Staaten zur einstweiligen Annahme des Prüfungsreglements für die Aerzte vom 25. September 1869 vór einer Reihe von Jahren entschloss. In ausdrücklicher Anerkenntniss jenes Mangels sind auch 1861 von dem Königl. Preuss. Cultusministerium Bestimmungen zur besseren psychiatrischen und gerichtsärztlichen Ausbildung der preussischen Aerzte durch Creirung von Volontairarztstellen für junge Aerzte an den öffentlichen Irrenanstalten mit Aufwendung von Staatsmitteln getroffen worden, die freilich, wenn sie auch theilweise reichlich benutzt worden sind, doch nicht ausreichen können, um eine gründliche und vollständige Abhülfe zu schaffen. Nur in der obligatorischen Ausbildung der Aerzte in der Psychiatrie, wie sie von der gedachten Commission vorgeschlagen ist, kann ein Heilmittel für diese Schäden gefunden werden; das Verlangen, dass die practischen Aerzte wenigstens so weit in der Psychiatrie gefördert werden, um die Geistesstörungen erkennen und erfolgreich behandeln, event. den Zeitpunkt der nothwendigen Ueberführung der Kranken in die Asyle richtig bestimmen, sowie in foro zweifelhafte Gemüthszustände sachgemäss beurtheilen zu können, ist als ein im Interesse der Gesellschaft und des Staates tief begründetes und berechtigtes zu bezeichnen. Wenn bisher der Zweifel an der Ausführbarkeit einer solchen Anordnung sich sowohl

auf die nur 4jährige academische Studienzeit als auf den Mangel der ausreichenden Gelegenheit zu psychiatrischer Ausbildung an Universitäten und Irren-Heilanstalten stützte, so schafft die von der Commission ebenfalls vorgeschlagene Ausdehnung des medicinischen Studiums auf 9 Semester jetzt in ersterer Hinsicht die zu jener Ausbildung erforderliche Zeit, und die Thatsache, dass gegenwärtig an den meisten deutschen Universitäten (Berlin, Breslau, Erlangen, Göttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Jena, Marburg, Münster, Strassburg und Würzburg) bereits klin. psychiatrische Vorlesungen gehalten werden, dass in Bonn, Leipzig und Tübingen die Errichtung von psychiatrischen Kliniken in naher Aussicht steht und so nur noch wenige (Freiburg, Giessen, Kiel, Königsberg, Rostock) eines psychiatrischen Unterrichts, wenn auch nicht psychiatr. Vorlesungen entbehren, wird auf das Wesentlichste zur Erleichterung der Ausführung jenes Petitums dienen. Da sich die Zahl der öffentlichen Irren-Heilanstalten ebenfalls in diesem Decennium beträchtlich vermehrt hat, so ist dadurch den Candidaten der Medizin reichliche Gelegenheit geboten, gemäss dem Vorschlage der Commission an die Stelle des halbjährigen klin. Studiums eine 6 wöchentliche practische Thätigkeit in einer Irren-Heilanstalt treten zu lassen. Und so dürften auch die Hindernisse, die früher einer solchen Verpflichtung der ärztlichen Candidaten entgegenstanden, als beseitigt anzusehen und die sofortige Ausführbarkeit der gedachten Beschlüsse nachgewiesen sein.

Aus diesen Gründen wagt es der unterzeichnete Vorstand, den hohen Bundesrath um hochgeneigte Annahme der die psychiatr. Ausbildung der Aerzte betr. Beschlüsse der zur Berathung über die ärztliche Prüfungsordnung jüngst versammelten Commission auf das Angelegentlichste zu bitten und hat die Ehre in aller Ehrerbietung zu zeichnen

als des hohen Bundesraths
ganz gehorsamster
Vorstand des Vereins d. d. Irrenärzte.

Dem Vernehmen nach solle die Sache im Bundesrath ungünstig stehen, — der Vertreter für Preussen habe sich dagegen ausgesprochen.

Endlich macht *Nasse* im Namen des Vorstandes die Mittheilung, dass von Seiten des internationalen medizinischen Congresses in Amsterdam eine Einladung ergangen sei, an den Sectionssitzungen für Psychiatrie theilzunehmen, und dass, da kein Vorstandsmitglied an der Versammlung sich betheiligen konnte und da die Zeit zu kurz gewesen, um die Vereinsmitglieder von der Einladung in Kenntniss zu setzen, ein Dankschreiben dahin abgesandt worden sei.

II. Besprechung des gegenwärtigen Standes der Non-restraintfrage in Deutschland. Referent: *Westphal*. Correferent: *Nasse*.

Westphal leitet die Besprechung des gegenwärtigen Standes der Non-restraint Frage ein:

Der Vorstand wünscht diese Frage, als eine eminent practische, hier,

in einer Versammlung von Practikern, zur Discussion zu bringen. Es wäre erwünscht gewesen, einen Ueberblick über die Anstalten geben zu können, in denen Non-restraint vollständig durchgeführt ist; man hätte zu diesem Zwecke Fragebogen an die Directoren der Anstalten schicken können. Der Vorstand glaubte indess aus mehrfachen Gründen davon Abstand nehmen zu sollen u. A. weil, selbst wenn die Fragen allseitig und vollständig beantwortet worden wären, gerade in dieser Angelegenheit ein lebendiges Bild der herrschenden Anschauungen durch statistisches Material doch nicht gewonnen werden kann. Der Vorstand zog es daher vor, die Collegen in der Sitzung selbst zur Meinungsäusserung und Mittheilung ihrer Erfahrungen zu veranlassen.

Wenn man die Geschichte des Non-restraint überblickt, so ist es erstaunlich, wie lange Zeit vergangen, ohne dass in Deutschland (und auch in andern Ländern) ein practischer Abschluss der Frage erfolgt ist. Die Reform *Conolly*'s begann im Jahre 1839, es sind also seitdem 40 Jahre verflossen! So verwunderlich dies auf den ersten Blick erscheint, so erklärlich ist es doch für denjenigen, welcher sich die Schwierigkeiten vergegenwärtigt, welche einer umgestaltenden practischen Reform auf jedwedem Gebiete sich entgegenstellen.

Es ist hier nicht der Ort, auseinander zu setzen, welche Gründe es waren, die zu der anfänglich fast allgemeinen Opposition gegen die *Conolly*'sche Reform führten. Es ist dies kein freundliches Blatt in der Geschichte der practischen Psychiatrie. Aber einen Punkt sei es gestattet hervorzuheben.

Die Triebfeder von *Conolly*'s Handeln, welcher bekanntlich einen ausserordentlich traurigen Zustand der Irrenbehandlung vorfand, war die Humanität, und wesentlich im Namen der Humanität forderte er die Reform, die Abschaffung der mechanischen Zwangsmittel (treatment of the insane without mechanical restraint).

Nun ist es unleugbar, dass es eine Reihe vortrefflicher Irrenärzte in Deutschland gab, Männer, deren humane Gesinnung und Bestrebungen denen *Conolly*'s sicher nicht nachstanden, die mit Aufopferung aller ihrer Kräfte wirkten, und die dennoch den *Conolly*'schen Anschauungen sich nicht anzuschliessen vermochten. Was war natürlicher, als dass auf sie der Schein fiel, in ihren humanitären Bestrebungen in Betreff der Irrenbehandlung hinter *Conolly* und seinen Anhängern zurückzustehen? Und was war natürlicher, als dass die Möglichkeit einer so ungerechten Beurtheilung sie in ihrem innersten Wesen verletzte?

Es liegt hierin der Ansicht des Refer. nach ein psychologisches Moment, welches den langen Widerstand gegen die *Conolly*'sche Reform zu erklären geeignet ist; denn es ist nur menschlich, dass, wer sich so ungerecht von Anderen beurtheilt sieht, auch gegen das Gute, was diese etwa bringen, misstrauisch wird, es verkennt und ihm Eigensinn und Widerstand entgegensetzt. Es schien, als hätten die Anhänger des Non-restraint die Hu-

manität gleichsam gepachtet, und das konnte man ja — und war dabei sicher im Rechte — nicht zugeben!

Leider ist die ganze Frage bis in die neueste Zeit hinein grösstentheils von diesem falschen Gesichtspunkte aus betrachtet worden; nicht nur in Deutschland, sondern auch in dem Vaterlande *Conolly's*, denn der Arzt einer Anstalt Gross-Britanniens schlägt noch neuerdings diesen Ton an.

Nach der Ansicht des Refer. ist es gegenwärtig nicht mehr richtig, die Sache, wenigstens in Deutschland, von diesem Gesichtspunkte aus zu behandeln, der früher vielleicht mit Recht der maassgebende war. Humane Bestrebungen in der Behandlung der Geisteskranken haben überall Eingang gefunden, und es handelt sich jetzt bei der Frage des Non-restraint nur um die Frage nach den besten und zweckmässigsten Mitteln bei der Behandlung gewisser Kranken.

Warum fesselte man denn überhaupt Geisteskranke? Offenbar doch zunächst aus einem Acte der Nothwehr im weitesten Sinne; es war das erste, nächstliegende Mittel, die gewaltthätigen Acte gewisser Kranken gegen Andere oder sich selbst zu verhindern, ein Mittel, welches von den Laien ergriffen und gehandhabt wurde. Das sollte man wohl festhalten. Die mechanische Beschränkung Geisteskranker verdankt ihren Ursprung nicht einer ärztlichen Initiative, einer medicinischen Ueberlegung, sondern war ein Act der Nothwehr der Laien. Als die Medicin anfing, sich um Beobachtung und Behandlung Geisteskranker zu kümmern, fand sie bereits die gebundenen Irren vor; nicht die medicinische Wissenschaft hat in ihrer Entwickelung zu der Ansicht von der Nothwendigkeit der mechanischen Beschränkung geführt, sondern das Urtheil der Laien, die sich anders nicht zu helfen verstanden.

Die Wissenschaft hat in ihrer Weiterentwickelung im Gegentheil mehr und mehr dahin geführt, einmal die Entbehrlichkeit des mechanischen Zwanges, dann aber auch die geradezu nachtheiligen Wirkungen desselben zur Evidenz darzuthun. Allerdings ist auch vom wissenschaftlichen Standpunkte aus die mechanische Beschränkung gefordert worden; es ist die Ansicht allgemein bekannt, nach welcher der mechanische Zwang geradezu als Heilmittel wirken sollte. Dem Refer. hat diese Behauptung immer nur den Eindruck einer verschämten Rechtfertigung eines Uebelstandes gemacht, den zu beseitigen man nicht die Fähigkeit und Macht fühlte. Es ist zweifelhaft, ob heut zu Tage von berufener Seite noch ein Versuch gemacht werden möchte, die mechanische Beschränkung der Geisteskranken als Heilmittel zu rühmen; sollte es der Fall sein, so fühlt sich Refer. wenigstens nicht berufen, diese Anschauung zu widerlegen.

Die Frage kann also gegenwärtig wohl nur so lauten:

1) ist es möglich, die bisherige Entwickelung der Wissenschaft in Betreff der Behandlung gewisser Geisteskranken weiter fortzuführen, bis zur Abschaffung allen mechanischen Zwanges?

2) ist diese Abschaffung aller mechanischen Beschränkungsmittel von

Vortheil für die Irrenbehandlung, oder ist sie mit solchen Nachtheilen verknüpft, dass auf Grund dieser davon Abstand zu nehmen ist?

Diese Fragen sind theoretisch zum Uebermaass erörtert. Diese Erörterungen aber sind gänzlich werthlos, da es sich hier um Fragen handelt, welche nur auf Grund von Erfahrungen gelöst werden können. Ja Referent möchte, wenn es nicht anmaassend klänge, Jedem das Recht bestreiten, darüber eine Meinung von wirklichem Werthe auszusprechen, welcher nicht selbst und zwar mit dem denkbar besten Willen und mit voller Energie den Versuch mit der Abschaffung der Zwangsmittel gemacht hat. Es geht hier so, wie mit Meinungen über andere durch die Erfahrung zu prüfende und zu erprobende Dinge: sie haben den Thatsachen gegenüber keinen Werth. Refer. betont „den denkbar besten Willen und die volle Energie". In der That wird derjenige, welcher den Versuch mit der Abschaffung aller mechanischen Zwangsmittel macht, nicht davon getragen, so haben seine Erfahrungen von vorn herein keinen Werth. Es ist schwer, gegen Vorurtheile, Trägheit, Uebelwollen der Personen, deren Unterstützung man bedarf, anzukämpfen: viel schwerer aber ist es dem Ref. erschienen, gegen die eigenen, von früher her Macht habenden Vorstellungen und gegen die eigene Zaghaftigkeit anzukämpfen.

Eine fernere Voraussetzung ist, dass man bei der Durchführung des Non-restraint nicht etwa blos eine Form erfüllt und die Zwangsmittel abschafft, sondern wirklich in dem Geiste verfährt, wie er sich in dem *Conolly*'schen Buche ausspricht.

Diese Forderung erscheint einfach und selbstverständlich, Ref. glaubt aber, dass sie vielfach in Deutschland von denen nicht erfüllt worden, welche behaupteten, mit dem Non-restraint einen Versuch gemacht zu haben. Welche grössere Carricatur des Non-restraint im *Conolly*'schen Sinne kann es z. B. geben, als die Schilderung, welche Herr Hofrath *Stimmel* von seinem Verfahren giebt (vergl. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. VIII., p. 624), der auf Grund gewisser Notizen verfuhr, die ihm von einem untergeordneten technischen Beamten einer englischen Anstalt gegeben wurden? Man muss das lesen, um zu sehen, welche Missverständnisse möglich sind! Es ist dem Refer. immer unverständlich gewesen, wie Herr College *Laehr* gerade diese angeblichen Erfahrungen in seinem Kampfe gegen das Non-restraint in's Feld führen konnte (vergl. dessen Schrift: Fortschritt? Rückschritt! 1868. S. 14. Anmerkung).

Die in der Literatur niedergelegten allgemeinen Erfahrungen aus neuerer Zeit über Non-restraint im *Conolly*'schen Sinne sind nur gering. Im Jahre 1868 veröffentlicht *Stolz* zu Hall (Tyrol) [1]) seine Erfahrungen. Er kommt zu den Schlusssätzen: „dass die Behandlung Geisteskranker ohne mechanischen Zwang (engere körperliche Beschränkung) möglich sei, erachte ich durch meine Anstaltspraxis hinreichend erwiesen zu haben; dass

1) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1868.

die Beseitigung dieses Zwanges im Wesentlichen eine wohlthätige, den Heilplan fördernde Maassregel bilde, davon bin ich überzeugt; die Beantwortung der Frage aber, ob die allgemeine Ein- und Durchführung des Non-restraint wünschenswerth oder möglich sei, überlasse ich getrost der weiteren Entwickelung der Irrenheilkunde.“ Man sollte meinen, es sei nach dem Inhalte der ersten Sätze dieser zaghafte Schlusssatz kaum gerechtfertigt.

Es sind ferner in neuerer und neuester Zeit in Deutschland mit Entschiedenheit auf Grund ihrer Erfahrung literarisch für den Non-restraint eingetreten *L. Meyer* [1]), *Griesinger* [2]), *Gudden* [3]), *Cramer* [4]), Referent selbst [5]); andere Collegen haben das System durchgeführt, ohne ihre Erfahrungen zu publiciren.

Ohne irgendwie Anspruch auf Vollständigkeit machen zu können, zählt Refer. die öffentlichen Anstalten auf, in denen seines Wissens voller Non-restraint (im *Conolly*'schen Sinne) durchgeführt ist; es sind die Anstalten zu Hamburg, Göttingen, Berlin (Charité), Halle a./S., Marburg, Heidelberg, Eberswalde, Heppenheim, Werneck, München, Alt-Scherbitz.

Ferner herrscht, so viel Refer. weiss, in sämmtlichen Anstalten der Schweiz vollständiger Non-restraint.

Er hofft, dass die anwesenden Herren Collegen diese Aufzählung ergänzen werden.

Wo das Non-restraint einmal durchgeführt ist, ist man über seine Vorzüge niemals in Zweifel gewesen.

Wenn es dem Refer. gestattet ist, von sich selbst zu reden, so möchte er auf das verweisen, was er in den Charité-Annalen darüber gesagt hat. Seine Competenz wird man nicht bestreiten können. Als Assistent hat er unter *Ideler* unter dem alten Systeme gewirkt; unter *v. Horn*, als ihm eine grössere Initiative gestattet war, hat er Erfahrungen über die mildeste Anwendung des Zwanges gesammelt, schon damals von den Vorzügen des Non-restraint überzeugt, aber nicht in der äusseren Lage, es einführen zu können; unter *Griesinger* hat er zur Durchführung des vollen Non-restraint beigetragen. Die Räume der Irren-Abtheilung der Charité, die Qualität der Kranken und des Wartpersonals sind sich gleich geblieben, es ist also das Resultat der Behandlungsmethoden ein vollkommen vergleichbares. Der Unterschied ist ein enormer! Niemals würde Refer. wieder zu mechanischen Zwangsmitteln zurückkehren, er kennt keine Indication mehr zur Anlegung der Zwangsjacke. Nur chirurgische Fälle können zuweilen — wie dies auch *Conolly* hervorhebt — eine Ausnahme machen, aber auch hier wird

---

1) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. Bd. 20. S. 542.

2) Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkrankheiten. Bd. I. — Zur Kenntniss der heutigen Psychiatrie in Deutschland. Leipzig 1868.

3) Tagesbericht aus Werneck 1869. S. 13.

4) Ueber die Bedeutung der Irrenanstalten. Vortrag. 1868. S. 21.

5) Charité-Annalen. 1. Jahrgang (1874). 1876. Berlin.

man sich sorgfältig zu überlegen haben, ob man in einem gegebenen Falle durch mechanische Befestigungsmittel wirklich nützt, ob sie wirklich zweckmässig sind; nicht immer sind sie es da, wo sie es auf den ersten Anblick scheinen.

Soll Refer. die Veränderung der Anschauungen über die Behandlung mit mechanischen Zwangsmitteln, die sich in Deutschland vollzogen hat, zusammenfassen, so möchte er sagen:

Früher galt es als selbstverständlich und als Regel, dass unruhige, störende u. s. w. Kranke durch mechanische Zwangsmittel beschränkt wurden. Seitdem hat sich zunehmend eine Tendenz entwickelt, die mechanischen Beschränkungen möglichst zu verringern, so dass es jetzt — in geradem Gegensatz zu früher — als selbstverständlich und als Regel gilt, dass unruhige, störende u. s. w. Kranke nicht in der freien Bewegung ihrer Glieder durch Zwangsmittel gehindert werden, sondern Letzteres als Ausnahme zugegeben wird. Getheilt sind die Ansichten noch darüber, ob es vortheilhaft sei, den Zwang ganz abzuschaffen oder diesen für eine Reihe von Fällen (abgesehen von chirurgischen) beizubehalten. Diejenigen Collegen, welche factisch den Zwang vollständig abgeschafft haben, sind der Ansicht, dass weder Nothwendigkeit noch Vortheil die theilweise Beibehaltung des Zwanges rechtfertigen und dass die vollständige Abschaffung in jeder Beziehung vorzuziehen sei.

Es ist nach dem Ref. unläugbar, dass *Conolly* und seine Nachfolger den allerwesentlichsten und maassgebendsten Einfluss auf diese Veränderung der Anschauungen ausgeübt haben; das sollte allgemein anerkannt werden. Refer. ist überzeugt, dass, nach der ganzen bisherigen Entwickelung zu urtheilen, die Zukunft der vollständigen Abschaffung mechanischer Beschränkungsmittel bei der Behandlung Geisteskranker gehört. Natürlich müssen die dazu erforderlichen Bedingungen erfüllt sein, zu denen vor Allem gehört, dass die Anstalten nicht überfüllt sind und dass stets eine gehörige ärztliche Controle geübt werden kann.

Laehr übernimmt den Vorsitz.

Nasse als Correferent befindet sich im Wesentlichen mit *Westphal* in Uebereinstimmung, — doch widerstrebt ihm die Bezeichnung des Non-restraint als besonderes System. — Die Milde des *Conolly*'schen Non-restraint war doch schon vor *Conolly* angestrebt und müssten wir das Eigenthümliche in *Conolly*'s Auftreten darin suchen, dass er jeden mechanischen körperlichen Zwang beseitigt wissen wollte, — um die Aufhebung aller Beschränkung in der Irrenbehandlung könne es sich ja doch nicht handeln. — Jeder Irrenarzt müsse ja gewissermaassen Erzieher sein und übe der Irrenarzt eine Beschränkung ja thatsächlich fortwährend aus; wir verfolgten das Princip der Unterordnung unter den Willen des Arztes, unter die Hausordnung und habe man sich, um dieses zu erreichen, stets psychischer und physischer Mittel bedient. — Früher habe man vorzugsweise mechanische Mittel ar

gewendet und lasse es sich nicht läugnen, dass deren Missbrauch eine grosse Höhe erreicht hatte, wogegen dann nothwendig eine Reaction aufgetreten sei, welcher wir bekanntlich zahlreiche und grosse Vortheile in der Behandlung der Irren zu verdanken hätten.

Die unbedingte Annahme des Non-restraint scheine aber Gefahren in sich zu enthalten und in England, wo besonders auch durch Eingreifen der Laien an manchen Orten die ärztliche Freiheit in der Behandlung der Irren beeinträchtigt worden, hätten sich die daraus resultirenden Uebelstände schon gezeigt; es sei Mangel an Energie in der Behandlung zu befürchten, und stelle sich das Non-restraint häufig als ein nur scheinbares heraus. — Zu der speciellen Besprechung der Abschaffung mechanischer Zwangsmittel übergehend, leitet *N.* seine Berechtigung zur Abgabe eines Votums zunächst aus seiner mehr als 30jährigen Anstaltspraxis her, deren erste Hälfte noch in die Blüthezeit des Restraint gefallen, führt aus, wie er seit der 2. Hälfte seiner Thätigkeit, zuerst in Siegburg und in den letzten Jahren in Andernach, die möglichste Beseitigung aller mechanischen Zwangsmittel eifrigst angestrebt und durchgeführt habe, bezeichnet die Resultate, wenn auch statistisch und financiell nicht gerade evident nachweisbar, als durchaus günstige und befriedigende für Kranke wie Aerzte, und bekennt sich als einen entschiedenen Anhänger der Beseitigung mechanischer Zwangsmittel. Jedoch glaubt er, eine Reihe von Ausnahmefällen, in denen die Beschränkung für angezeigt halte, aufstellen zu müssen, und zwar unter steter Bezugnahme auf seine Erfahrungen der letzten Jahre in Andernach: bei chirurgischen Fällen und Augenkrankheiten, bei Selbstverstümmlern hartnäckiger Art, bei excessiver Masturbation, besonders bei Frauen, ferner bei jenen Fällen, in welchen die Kranken hartnäckig bis zum Oedem der Füsse ausserhalb des Bettes stehen bleiben, bei hochgradig Anämischen, die der Bettlage bedürften, bei Kranken, welche in einem fort knien und dies bis zum Brandigwerden der Hautstellen fortsetzen; ferner bei excessiver motorischer Unruhe fieberhaft erkrankter Irren, z. B. bei Melancholia agitata und bei dem acuten Delirium der paralytischen Männer (Befestigung im Bett — Einwickelung). — Ferner in jenen seltenen Fällen, in welchen der Kranke selbst nach Beschränkung ihrer freien Bewegung aus Furcht vor Selbstverletzung dringend verlangen. Die Sondenfütterung rechnet *Nasse* ebenfalls zur Beschränkung und bedient sich derselben bei fortgesetzter Nahrungsverweigerung. — Auch bei hartnäckiger Koprophagie sieht *Nasse* eine Indication zum Zwang; zweifelhaft ist dessen Anwendung bei excessiven Schmierern. — Endlich kann er sich nicht verhehlen, dass es Fälle gibt, durch welche auch die äusserste menschliche Geduld des Wartpersonales erschöpft, durch welche das Wartpersonal persönlich so gefährdet wird, dass man genöthigt ist, aus Rücksicht für dasselbe zum Zwange zu greifen. In solchen Ausnahmefällen hält er die völlige Ausschliessung mechanischer Beschränkungsmittel für eine Verletzung der Humanität, die vorsichtige Anwendung derselben dagegen für eine Pflicht des Arztes und eine

Wohlthat für den Kranken. Er gibt dann eine kurze Uebersicht über den Stand des Non-restraint in der Rheinprovinz und hebt hervor, dass auch in den dortigen noch zahlreichen Anstalten, welche nicht unter ärztlicher Leitung ständen, durch das Eingreifen der staatlichen Aufsichtsbehörden ein beträchtlicher Umschwung zum Bessern in der Restraint-Frage zu constatiren sei. Er schliesst mit dem Ausspruche des englischen Arztes *Yellowlees:* »Non-restraint — so weit und so lange, als er das Beste für die Kranken ist.

Nach einer kurzen Pause, während welcher Geheimrath *Nasse* für Geheimrath *Zinn* die Rechnungsablage stellt, welche auf Vorschlag desselben von zwei Mitgliedern der Versammlung (*Brosius* und *Jehn*) revidirt wurde, beginnt die Discussion über die Non-Restraint-Frage unter *Nasse's* Vorsitz.

Snell fragt an, wie es sich mit den Isolirungen der Kranken verhalte, — es sei dies ein Punkt, welcher ihm von grosser Wichtigkeit scheine. — *Conolly* habe gerade die Nicht-Isolirung betont oder höchstens eine Isolirung von 1—1½ Stunden in Polsterzellen gestattet, dagegen vorgeschlagen, man solle die Kranken halten lassen, ihnen gut zu essen geben u. s. w. — Die Isolirung zu vermeiden, das scheine ihm der schwierigste Punkt zu sein, denn was wolle man z. B. mit aggressiven Kranken machen? Die Anhänger des Non-restraint in England behaupten, nur Nachts und dann sehr ausgiebig zu isoliren, — er glaube dies nicht, das seien theoretische Aufstellungen, die noch Niemand durchgeführt; auch in England verfahre man nicht so, wiewohl es behauptet werde; *Snell* bittet um die Ansicht der Collegen über diesen Punkt.

Fiker berichtet, seine Lehrer seien Anhänger des Restraint gewesen und in der kleinen Anstalt, in welcher er aufgewachsen, habe er stets Zwangsmittel anwenden sehen. Erst durch *Griesinger* angeregt, habe auch er das Non-restraint versucht und nach 3jähriger Bemühung sei es ihm gelungen, die Zwangsapparate abzuschaffen; — wiewohl jetzt seine Anstalt viel mehr Kranke zähle als früher, habe er seit 1870 keine Jacke mehr angelegt. Gegen *Nasse* sich wendend meint er, was die Unterordnung unter die Disciplin der Anstalt betreffe, so sei es nicht nothwendig, sich in die Launen der Kranken zu fügen, — der Kranke könne wohl disciplinirt, dürfe aber nicht gedrillt werden, — man müsse individualisiren.

Auch chirurgische Kranke und die meisten der von *Nasse* angeführten Fälle könnten durch fortwährende Ueberwachung ohne Jacke gehalten werden, — künstliche Fütterung sei kein Restraint. Mit Recht wendete sich *Conolly* gegen die Isolirung — man könne sie auch vermeiden, sogar bei Mordsüchtigen, wenn man sie erst zu Gesunden und dann erst später zu Kranken lege.

Brosius äussert, wir hätten bis jetzt nur theils eine Geschichte, theils eine Vertheidigung, theils Angriffe auf das Non-restraint gehört, er jedoch zu wissen, wie es eigentlich in Deutschland mit dem Nc stehe, welche Substitution für die Zwangsjacke, was schon *Snell*

gefunden, wie es mit den Arzneimitteln, mit Bädern, Nahrungsmitteln u. s. w. stehe; darüber seien wir ja Alle einig, dass Non-restraint möglichst anzustreben sei.

Bei ihm sei die Jacke verbannt, aber dafür sei eine grössere getreten, die Isolirzelle und die Anstalt mit ummauerten Höfen. Durch Bäder sei bisher noch wenig geleistet worden, es sei noch nicht nachgewiesen, dass dieselben zur Beruhigung der Kranken beigetragen hätten. Nach seinen Erfahrungen sei das beste Substitut für die Jacke gutes, reichliches Essen; übrigens sei es ihm unbegreiflich, wie es *Filter* mache, um auszukommen in den Fällen, wie sie *Nasse* angeführt, — durch Wärter könne man aufgeregte Kranke nicht Tag und Nacht dauernd halten lassen, überhaupt gebe es so ausgezeichnete Wärter gar nicht und Einduseln durch Morphin sei noch schlimmer.

Westphal entgegnet, dass nach der Ansicht des Vorstandes es sich bei gegenwärtiger Besprechung wohl nur darum handle, zu ermitteln, wer von den deutschen Collegen das Non-restraint durchgeführt und welche Resultate sie zu berichten hätten, — eine Beantwortung der Frage in der von *Brosius* angeregten Weise würde zu weit führen.

Gegen *Nasse* bemerkt er, er könne nicht anerkennen, dass derselbe wirklich Non-restraint durchgeführt habe, er finde die aufgeführten Indicationen nicht ausreichend zur Beibehaltung von Zwangsmaassregeln; durch solche vermittelnde Anschauungen komme man nicht zum Resultate eines wirklichen Non-restraint, zu dessen voller Durchführung übrigens auch eine gewisse Dosis von Enthusiasmus für die Sache gehöre.

Westphal richtet dann die Frage an die Collegen, wer das Non-restraint versucht und welche Resultate sich herausgestellt. Die Isolirungen betreffend, so kämen sie bei Tage nur ausnahmsweise und vorübergehend in der Charité vor; — Isolirungen des Nachts verstünden sich von selbst, aber aus anderen Gründen. Koprophagen, die übrigens kaum mehr vorkämen, pflegten die Anhänger des Non-restraint mit Clysmen zu behandeln. Schliesslich betont *Westphal* nochmals, dass die gegenwärtige Discussion sich um die wirkliche Durchführung des Systemes handeln möchte, nicht um theoretische Erörterungen.

Hergt giebt seine Uebereinstimmung mit den Ausführungen *Nasse*'s kund und bekennt sich als Anhänger der mildesten Form des Restraints.

Rinecker erklärt, das im Würzburger Juliusspital mit etwa 300 Aufnahmen jährlich auf der Irrenstation seit 1869 das Non-restraint eingeführt worden, — jetzt seien Jacke und Isolirungen sehr selten geworden und werde, damit der betreffende Arzt sich bewusst sei, dass er mit der Jacke etwas Besonderes thue, über jede Anwendung derselben ein Protokoll angelegt.

Dr. *Laehr* erklärt, er habe sich mit der Aufstellung des vorliegenden Themas für die gegenwärtige Sitzung nicht befreunden können, weil er erheblichen Nutzen von einer Discussion nicht erwarte — vielleicht belehre

m der Erfolg eines Besseren —, er habe auch wiederholt Veranlassung gehabt, sich öffentlich darüber zu äussern; aber da nun einmal das Thema gestellt ei, da es nicht blos in den verschiedenen Vereinen Deutschlands, sondern uch des Auslandes zur Besprechung komme, und da der Herr Referent ihn esonders genannt habe, so fühle er sich veranlasst, hierzu einige Worte u sagen. Er könne dabei nicht unterlassen, hinzuzufügen, dass gerade eine 'rivatanstalt für Lösung solcher Fragen insofern begünstigt sei, als sie für en leitenden Arzt durchsichtiger ist, als für den Beruf nicht geeignete Organe dort leichter amovirbar sind, finanzielle Mittel ihr leichter zu Gebote tehen und eine Ueberfüllung auf die sicherste Weise sich abwehren lässt. Er müsse dem Herrn Referenten zustimmen, dass die gestellte Aufgabe eine minent praktische sei, und es müssten deshalb die Worte derer besonders ns Gewicht fallen, welche längere Zeit an grösseren Anstalten und vor Allem als verantwortliche Leiter ihrer Kranken gewirkt hätten.

Er stimme den beiden Herren Referenten bei, dass es Fälle gebe, in welchen ein mechanischer Zwang nothwendig sei, obgleich der erste sie nur auf chirurgische Fälle beschränkt. Gegen den ersteren, der sie nicht als Heilmittel gelten lassen will, könne er nur dem zweiten zustimmen, der eine Reihe von Fällen mittheilt, in denen die mechanische Beschränkung das Leben zu retten vermöge, ja er selbst habe auch Kranke behandelt, in denen eine mechanische Beschränkung als psychisches Heilmittel zur Geltung kam. Es gäbe Fälle, in denen man den Kranken zwingen müsste, das oder jenes zu thun oder zu lassen. Wenn nun aber Jemand gezwungen werden müsse und sich durch moralischen Zwang nicht zwingen lasse, so könne im dazu geeigneten Falle dies nur durch organische oder mechanische Kräfte geschehen. Welche von diesen hierbei anzuwenden sind, muss der Arzt ermessen. Er muss die wählen, welche in der schonendsten und sichersten Weise zum Ziele führen. Man möge es wie die Operateure machen, welche dem zu Operirenden das Glied festhalten lassen oder es einschnüren. Man lege zu viel Gewicht auf die Jacke. Er habe seit einer Reihe von Jahren davon Gebrauch zu machen keinen Anlass gehabt, es gebe eben noch andere Mittel mechanischer Beschränkung: Handschuhe, nasse Einwickelungen u. s. w.

Man habe wiederholt aufgefordert, Krankheitscategorien oder Krankheitsfälle aufzustellen, in denen die mechanischen Beschränkungen gerechtfertigt sei und Anderen zum Vorbilde dienten. Vortragender hält dies für unmöglich, denn dadurch, dass Jemand mit Koth schmiere, zerreisse, verletzt sei etc., sei es noch nicht gerechtfertigt, den Kranken mechanisch zu beschränken. Was in dem einen dieser Fälle heilsam sei, sei in dem anderen nutzlos oder nachtheilig. Je erfahrener der Irrenarzt, je geistig gewandter, je ruhiger und umsichtiger, kurz, je mehr er die Herrschaft der psychischen Heilmethode sich angeeignet hat und je bessere Hülfsmittel ihm zu Gebote stehen, desto sicherer würde er den richtigen Weg finden, der ihn zum Ziele führt. Eine Bestätigung finde er in den bisherigen Discussionen, denen

er beiwohnte. So oft Jemand ein Beispiel anführte, ebenso oft bemerkte ein Anderer, es hätte dies oder jenes noch vorher versucht werden können und sollen. Die dabei zu beachtenden Umstände seien eben unendlich mannigfaltig und liessen sich in ihrer Totalität schwer oder nur sehr weitläufig wiedergeben.

Wie mit anderen Heilmitteln wird der Arzt in zweifelhaften Fällen besonnen versuchen, was die mechanische Beschränkung oder deren Nichtanwendung für Erfolg habe. In dieser vorsichtigen Weise habe Vortragender niemals einen Nachtheil constatiren können. Er könne daher nur den jüngeren Collegen empfehlen, sich in der Anwendung der ihnen zu Gebote stehenden Mittel nicht beschränken zu lassen und mit der mechanischen Beschränkung wie mit anderen differenten Mitteln zu verfahren. Er selbst wünsche weder den Anhängern des Restraint noch des Non-restraint zugerechnet zu werden, so wenig wie er es im Allgemeinen billigen könne, die Aerzte nach den speciellen Hülfs- und Heilmitteln zu gruppiren.

Wenn vom Herrn Referenten gesagt worden ist, dass man sich jetzt in jedem einzelnen Falle doch frage, was man durch Anwendung einer Jacke erreiche und dass man dazu nur durch den Vorgang *Conolly*'s gekommen sei, so müsse er, in dessen beginnender psychiatrischer Laufbahn *Conolly*'s Wirken in Deutschland bekannt geworden sei, doch versichern, dass die besseren deutschen Irrenärzte sich schon vor *Conolly* diese Frage jedesmal vorgelegt haben und dass, wenn auch *Conolly* nicht existirt hätte, mit der Entwickelung der irrenärztlichen Behandlung und mit der Verbesserung des Irrenwesens in Deutschland die Verminderung der mechanischen Beschränkung Hand in Hand gegangen sein würde. Als auch *Conolly*'s Schrift erschienen war und er angab, was die mechanische Beschränkung ersetzen sollte, fand sich nichts, was nicht in Deutschland schon eingeführt war und im Laufe der nächsten Decennien weiter entwickelt wurde. Das konnte nur langsam gehen, denn für diese Frage mussten erst die Hülfsmittel mühsam erworben und ausgebildet werden. Die Begeisterung, mit der man seine Vorschläge in England aufnahm, zeigt mehr, wie das Irrenwesen in England gewesen sein muss, aber nicht wie in Deutschland, und seine Wirksamkeit für die Abschaffung der mechanischen Beschränkung war ebenso ein Ausfluss der reformatorischen, aus dem Fortschritte der Heilkunde hervorgehenden Bestrebungen, wie er in ähnlicher Weise in Deutschland schon vor *Conolly* begonnen hatte. In wieweit seine Ideen und sein praktisches Wirken dennoch in anderen Ländern Einfluss gehabt, lässt sich mit Sicherheit gar nicht ermitteln. In schlechteren Anstalten wird er grösser gewesen sein als in den besseren, und auch in diesen regte er an, darüber zu discutiren. Wie so oft wurde ein von Begeisterung getragener Gedanke — zur naturwissenschaftlichen Durcharbeitung desselben ist *Conolly* selbst nicht gekommen, da er nach den ersten 3 Monaten vom Beginne seiner psychiatrischen Laufbahn an in einer grossen, schwer übersichtlichen Anstalt von mehr als 1000 Kranken ihn aussprach — aus sehr verschiedenen Gründen zu einem Umfange aufgebauscht,

wie er ursprünglich nicht darin lag, wenigstens für Deutschland nicht darin liegen konnte.

Wenn gesagt worden ist, dass das Pflegepersonal ein Besseres werden musste, ehe man Non-restraint durchführen konnte, so ist dies gewiss richtig für Anstalten, in denen der mechanische Zwang im Schlendrian ausgeübt wurde, in denen dann natürlich auch in allen anderen Dingen Schlendrian herrschte, aber es treffe dies nicht zu in Anstalten, wo nur ein verständiger Gebrauch davon gemacht wurde, ja er halte dafür, dass hier ein noch besseres Personal vorhanden sein muss, als wo das Non-restraint im vollen Sinne ausgeübt wird.

Vortr. wolle noch die Vorgänger der jetzigen irrenärztlichen Generation gegen den Ausspruch in Schutz nehmen, als ob sie sich gleichsam aus Eigensinn oder aus anderen ähnlichen Motiven gegen die Annahme des Non-restraint spröde gezeigt hätten. Dies sei keineswegs ein Motiv für sie gewesen, sondern auch sie hätten alles das, was ein wirklicher Fortschritt war, mit hohem Interesse und bereitwillig angenommen, möge das Gute hergekommen sein, woher es wolle. Man habe aber damals dem Non-restraint die Bedeutung nicht beilegen können, als jetzt, wo man die Reform des deutschen Irrenwesens auf eine spätere Zeit verlegen zu müssen meine. Die damaligen Aerzte hätten auch ohne Gefahr einer falschen Beurtheilung sich eine neue Sache aneignen können, wenn sie sie für gut hielten. Der humanitäre Standpunkt sei es nicht allein gewesen, der sie veranlasst habe, zur Jacke zu greifen, sondern zugleich der ärztliche, könnte es auch bei Aerzten nicht anders sein; der humanitäre falle überdies mit dem ärztlichen zumal bei dem hohen Werthe der psychischen Behandlung stets zusammen.

Dem Vortragenden komme es vor, als ob nur eine grosse Unklarheit in dem, was unter mechanischer Beschränkung zu verstehen sei, eine Verständigung verhindere. Schäle man den Kern heraus, so sei man darüber einig, dass unter Umständen eine mechanische Beschränkung sich rechtfertige, auch darüber, dass dieselbe auf das geringste Maass einzuschränken sei, — wie in der Chirurgie, dass man bei Operationen möglichst wenig Blut vergiessen dürfe, — und man sei nur uneinig über den Umfang dieses Maasses, ganz wie früher und ähnlich wie bei den Chirurgen noch in vielen Fällen es als disputabel gelte, ob eine Operation und welche auszuführen sei oder nicht (vgl. *Dick*, Allg. Ztsch. f. Psych. Bd. 13. S. 353).

Fürstner rechnet zu den „Zwangsmitteln" nicht: die Isolirung, die künstliche Fütterung, die Anwendung von Handschuhen ohne Finger, Anzüge aus festem Stoff. Er hänge mit voller Ueberzeugung dem Non-restraint-System an; wenn betont worden sei, dass in einzelnen chirurgischen Fällen Restraint durchaus angewendet werden musste, so möchte er andererseits darauf hinweisen, dass man in derartigen Fällen auch mit dem Restraint nicht das Erwünschte erreicht, vielmehr erst recht die Kranken zum Maltraitiren ihrer chirurgischen Schäden, Phlegmonen etc. anreizt. Er habe wiederholt derartige chirurgische Fälle mit gutem Erfolge ohne Restraint

behandelt. Schmierer und Kothesser kämen in Anstalten, in denen stricter Non-restraint herrsche, weitaus seltener vor, als dies zum Theil angenommen würde, übrigens sei auch der Restraint kein sicheres Abhülfmittel gegen die Vorkommnisse, für die er gewöhnlich empfohlen wird.

Weyert hat seit 1867 in seiner Anstalt, in welcher 3 verschiedene Nationalitäten und 3 verschiedene Religionsbekenntnisse oft aufeinander platzen, keinen Zwang angewendet, auch nie mit der Sonde gefüttert; er glaube, es sei auch unter den schwierigsten Verhältnissen die Durchführung des Non-restraint möglich.

Nötel hat seit Eröffnung der Anstalt Merzig bis heute keine Jacke anwendet; dahin aber sich aussprechen zu wollen, dass er es nie thun werde, wage er nicht, da es unter ausserordentlichen Verhältnissen doch einmal nöthig werden könne.

Siemens berichtet, dass in Marburg seit 1876 noch keine Jacke angewendet worden, — es sei nur dort gewickelt worden, was er übrigens auch unter Restraint rechne. — Das Fehlen der Gitter in der Marburger Anstalt habe man übrigens, schon wegen der Nothwendigkeit, die Fenster zu öffnen, sehr vermisst. — Isolirungen kämen möglichst wenige vor.

Stark ist früher durch Ueberfüllung von Stefansfeld zum Restraint gedrängt worden, kommt jetzt aber bis auf einzelne wenige Fälle auch ohne Restraint aus.

Wörle berichtet aus Heppenheim, dass dort das Non-restraint von vorweg durchgeführt sei, es gehe eben auf alle beide Arten. — Nur in einem Falle, einer doppelseitig complicirten Fractur der unteren Extremitäten, habe man zur Jacke gegriffen.

Ripping protestirt dagegen, dass man unter dem Begriffe von Non-restraint nur die Nichtanwendung der Jacke verstehe, — Handschuhe seien auch Jacke und wer diese benütze, könne nicht sagen, dass er ein Anhänger des Non-restraint wäre. — Auch er beschränkt die Jacke auf chirurgische Fälle.

Fischer berichtet, dass in Pforzheim auf der Männerseite seit 3 Jahren keine Jacke mehr zur Anwendung gekommen, auf der Frauenseite befänden sich aber 3 Kranke beständig in der Jacke aus Mangel an Isolirräumen.

Jehn bekundet, dass auch in Grafenberg das Non-restraint-System möglichst durchgeführt wird und machte mit Bezugnahme auf die vielfach mangelhafte Beschaffenheit, zumal der Abtheilungen für Unruhige, darauf aufmerksam, wie ungenügende Construction die Durchführung eines im Princip richtig erkannten Systems erschwere. Es sei dort vorgekommen, dass man besonders gefährliche Kranke, unter Anderen einen wegen Raubmordes in Untersuchung befindlichen Menschen, mit Restraint behandeln musste, da die Scheiben aus den Verblendungen der Thüren ohne Zuhülfenahme von Instrumenten gelöst wurden und es gelang den Kranken, die ganze Thür einzurennen etc. Ferner schlägt er vor, die Frage nach den durch Non-restraint erreichten Erfolgen in einer späteren Sitzung des Ver-

eins zu erneuern, da vielleicht Mancher, der dies System noch nicht durchgeführt habe, sich nach der durch die Sitzung gegebenen Anregung veranlasst fühlen werde, ohne Zwangsmittel auszukommen.

Löchner berichtet, dass *Dick* das Non-Restraint eingeführt; seit 1867 sei keine Jacke mehr benützt worden, — sie hätten nur Handschuhe, Schuhe und feste Kleider, was genüge; nur einmal sei bei einem chirurgischen Fall durch Eingurten eine Ausnahme gemacht worden.

Binswanger theilt mit, dass in der Schweiz keine Anstalt mehr existire, welche Zwangsmittel besitze und meint, dass die Frage nicht eher zur Ruhe käme, als bis wir den letzten Zwangsstuhl zerschlagen und die letzte Zwangsjacke zerschnitten.

Fürstner constatirt, dass in einer grossen Reihe Anstalten, deren Vertreter auf der Versammlung zugegen und sich für die Durchführbarkeit des Non-restraint ausgesprochen hätten, das System auch mit Erfolg geübt werde. Was die Handschuhe anbetreffe, die von einer Seite als zum Restraint gehörig bezeichnet worden seien, so wende er dieselben an, um das Zerreissen, das Zerkratzen des Gesichts bei einzelnen Kranken zu verhindern; er müsse aber gestehen, dass er auch durch Application von Handschuhen nicht immer die gewünschten Erfolge erzielt habe. Seiner Ansicht nach seien übrigens Handschuhe nicht als „Zwangmittel" zu betrachten.

Hergt erklärt nochmals und im Auftrage der Collegen seiner Anstalt Illenau, dass sie bestrebt seien, möglichst alle Zwangsmittel abzuschaffen, aber in Ausnahmefällen sie anwenden.

Nachdem aus der Mitte der Versammlung der Antrag auf Schluss der Debatte angenommen worden war, resumirt *Nasse* folgendermaassen über die heutige Frage: er möchte constatiren, dass sich über Restraint und Non-restraint eine verschiedene Auffassung kundgegeben habe, fast Jeder verstehe darunter etwas Anderes und Alle hätten sich doch für Non-restraint erklärt, nur *Westphal* scheine ihm darin abzuweichen, dass er unter keinen Umständen irgend einen mechanischen Zwang zulassen wolle.

Westphal: wenn die Herren, die sich für Ausnahmen erklärten, chirurgische Fälle meinten, dann handelten sie auch ganz im Sinne *Conolly*'s, und gäben eben *Conolly* Recht. Er selbst präcisire das Resultat seiner Erfahrung noch einmal dahin, dass er seit Einführung des Non-restraint in seiner Klinik noch keinen Fall kennen gelernt, in welchem die Anwendung der Jacke unabweislich nöthig gewesen wäre, oder in welchem er sich bei reiflicher Ueberlegung von der Anwendung derselben einen wirklichen Nutzen nach irgend einer Richtung hin hätte versprechen können.

Hiermit schloss die erste Sitzung; es fand hierauf im Grand Hôtel ein gemeinsames Souper mit darauf folgender Exkneipe statt und hat der Abend in seinem geselligen und materiellen Theile gewiss bei jedem Theilnehmer die angenehmste Erinnerung hinterlassen.

Am 17. September Morgens 9 Uhr fand eine Besichtigung der neuen Heidelberger Irren-Klinik unter Professor *Fürstner*'s Leitung statt.

Hierauf um 10 Uhr eröffnet *Nasse* die zweite Sitzung im Hörsaale der Irren-Klinik.

III. Idiotenfrage, statistisch und legislatorisch.
Ref.: *Guttstadt* und *Kind*.

Dr. *Kind*: Ueber die Idiotenfrage in legislatorischer Beziehung.

Das Allgemeine Landrecht für die Preussischen Staaten nennt Th. I. Tit. 1 § 28 solche Menschen blödsinnig, welchen das Vermögen, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen, ermangelt.

Nach § 29 werden dieselben den Unmündigen gleich geachtet.

Wo nach Tit. 3, § 3 das Vermögen, frei zu handeln, ganz mangelt, da findet keine Verbindlichkeit aus den Gesetzen statt.

Nach Tit. 4, § 21 sind Willensäusserungen der Unmündigen, denen also die Blödsinnigen gleich geachtet werden, nur insofern gültig, als sie dadurch einen Vortheil geniessen. Sind mit demselben nach §§ 22 und 23 zugleich Pflichten und Lasten verbunden, so erlangt die Willenserklärung ohne Einwilligung des Vormundes keine rechtliche Wirkung. Ist nach § 27 auch der Blödsinnige noch nicht unter Vormundschaft gesetzt, so gilt doch die Vermuthung, dass derjenige betrügerisch gehandelt habe, welcher durch die Willenserklärung, mit dem Schaden desselben, sich zu bereichern sucht

Nach Tit. 6, § 41 kann, wenn Blödsinnige Jemand beschädigen, nur der Ersatz des unmittelbaren Schadens aus ihrem Vermögen gefordert werden. Doch haftet nach § 42 das Vermögen solcher Personen nur alsdann, wenn der Beschädigte den Ersatz aus dem Vermögen der Aufseher oder der Eltern nicht erhalten kann. Auch haftet nach § 43 dasselbe nur so weit, als dadurch dem Beschädiger der nöthige Unterhalt, und wenn es ein Kind ist, die Mittel zu einer standesmässigen Erziehung nicht entzogen wird. Hat nach § 44 der Beschädigte dergleichen Personen durch sein eigenes, auch nur geringes Versehen zu der schädlichen Handlung veranlasst, so kann er sich an dem Vermögen derselben nicht halten. Wer nach § 56 eines Anderen unwillkürliche Handlung, wodurch derselbe sich selbst oder einem Dritten schädlich geworden ist, aus Vorsatz, grobem oder mässigem Versehen veranlasst hat, haftet für den dadurch verursachten Schaden. Gleiche Verbindlichkeit hat nach § 57 der, welcher die ihm über Blödsinnige obliegende Aufsicht gröblich oder auch nur aus einem mässigen Vergehen vernachlässigt.

Wer nach § 62 Gesinde, das durch einen hohen Grad von Blödsinn Anderen gefährlich werden kann, wissentlich in Dienst nimmt, oder darin behält, der haftet für alle Gefahr.

Nach Tit. 9, § 540 geniessen Blödsinnige auch in Rücksicht auf die Verjährung mit den Minderjährigen gleiche Rechte.

Wenn nach Tit. 11, § 1060 der Beschenkte wegen Kindheit, Krankheit oder sonst wegen Mangels an Verstande, die Absicht, das Geschenk anzu-

nehmen, nicht äussern kann, so kann ein jeder Dritter dasselbe zu seinem Besten acceptiren.

Tit. 12, § 21 erklärt unter Vormundschaft genommene Blödsinnige für unfähig, letztwillige Verordnungen zu errichten.

Nach Tit. 18, § 375 werden Blödsinnige blos um deswillen von der auf sie gelangten Lehnssuccession in der Regel nicht ausgeschlossen. Es muss aber nach § 376 einem solchen Nachfolger ein Lehnscurator bestellt und durch diesen für die gehörige Entrichtung der Lehnspflichten gesorgt werden.

Nach Th. II., Tit. 2, § 421 können Eltern das Kind in der Verfügung über den Pflichttheil alsdann einschränken, wenn dasselbe wegen Blödsinnes seinen Sachen selbst vorzustehen unfähig ist

Nach § 545 ist der Vater für Kinder, welche wegen Blödsinnes eine eigne letzte Willensverordnung nicht errichten können, ebenso auf ihren Todesfall zu verfügen berechtigt.

Nach § 549 kommt, soweit der Vater blödsinnigen Kindern in ihrem Nachlasse substituiren kann, diese Befugniss auch der Mutter zu, wenn der Vater von seinem Rechte keinen Gebrauch gemacht hat.

Nach § 633 dauert die Verbindlichkeit der Eltern zur Verpflegung unehelicher Kinder nur bis nach zurückgelegtem 14. Jahre; werden aber uneheliche Kinder durch Krankheit, oder sonst fehlerhafte Leibes- oder Gemüthsbeschaffenheit ausser Stand gesetzt, sich ihren Unterhalt zu erwerben, so können sie nach § 637 von den Eltern oder Grosseltern die nothwendige Verpflegung auch ferner fordern.

Nach Tit. 18, § 12 müssen Blödsinnige, welche nicht unter der Aufsicht eines Vaters oder Ehemannes stehen, vom Staate unter Vormundschaft gestellt werden. Sind nach § 28 die vorbenannten Personen (Wahn- und Blödsinnige) noch in väterlicher Gewalt, so ist der Staat nur in solchen Fällen und Angelegenheiten für sie zu sorgen verbunden, wenn ihr Bestes mit dem eigenen Vortheile des Vaters in Collision geräth. Verwandte von Blödsinnigen, welche, nachdem der Fall zu ihrer Wissenschaft gelangt ist, die ihnen obliegende Anzeige verabsäumen, haften den Pflegebefohlenen für allen Schaden (§ 97).

Nach § 341 müssen Wahn- und Blödsinnige dergestalt unter beständiger Aufsicht gehalten werden, dass sie weder sich selbst noch Anderen schaden können. Die Sorge für diese Aufsicht liegt nach § 342 dem Vormunde, die Führung derselben hingegen Demjenigen ob, welchem die Pflicht der Erziehung zukommt. Doch kann (§ 343) zur Uebernehmung der Aufsicht über Rasende weder ein Verwandter, noch der Vormund, noch eine andere Privatperson gezwungen werden.

Finden nach § 344 der Vormund oder die Verwandten keine andere Gelegenheit, dergleichen Personen unterzubringen, so liegt dem Staate ob, dieselben in eine öffentliche Anstalt zur Verwahrung aufzunehmen. Da, vergl. den folg. Paragraph, unter dergleichen Personen nur die im vorher-

gehenden Paragraph erwähnten Rasenden, nicht Wahn- und Blödsinnige im Allgemeinen verstanden werden können, würde der Staat nur verpflichtet sein, rasende Idioten in öffentliche Anstalten aufzunehmen. Bei blossen Wahn- und Blödsinnigen, welche kein Vermögen besitzen, müssen nach § 345 Diejenigen, welchen deren Unterhalt nach den Gesetzen obliegt, auch die Kosten der Aufsicht, welche sie nicht selbst übernehmen wollen, hergeben. So lange nach § 347 noch eine gegründete Hoffnung auf Wiederherstellung solcher Personen vorhanden ist, müssen sie mit den nöthigen Heilungsmitteln nach Möglichkeit versehen werden. Die Heilungskosten haben nach § 348 mit den Erziehungskosten gleiche Rechte.

Die Allgemeine Gerichts-Ordnung für die Preussischen Staaten bestimmt

Th. I., Tit. 1, § 3 ... Blödsinnige ... werden vor Gerichten weder als Kläger noch Beklagte zugelassen, sondern müssen durch ihre natürlichen oder gerichtlich bestellten Vormünder vertreten werden.

Tit. 10, § 227 ... Blödsinnige sind zur Ablegung eines Zeugnisses ganz unfähig. Personen, die nur schwach am Verstande sind, können über Gegenstände, die das Maass ihrer Verstandeskräfte nicht überschreiten, zugelassen werden.

Nach § 260 kann, wenn eine Partei als ... blödsinnig ... unter Vormundschaft steht, der Eidesantrag nur an deren Vormund gerichtet werden

Tit. 50, § 421 überträgt endlich auch den Blödsinnigen das Vorrecht der vierten Klasse bei Concursen.

Aus dem Gerichtsverfassungsgesetz des Deutschen Reiches vom 27. Jan. 1877.

Nach Tit. VI., § 33 sollen zu dem Amt eines Schöffen nicht berufen werden ... Personen, welche wegen geistiger oder körperlicher Gebrechen zu dem Amte nicht geeignet sind.

Nach Tit. VI, § 85 dient die Urliste für die Auswahl der Schöffen zugleich als Urliste für die Geschworenen.

Der § 172 des Tit. XIV. schliesst die Oeffentlichkeit des Verfahrens wegen Entmündigung oder Wiederaufhebung derselben aus.

Aus der Civilprocessordnung vom 30. Jan. 1877.

Nach § 51 ist eine Person insoweit processfähig, als sie sich durch Verträge verpflichten kann.

Nach § 593 kann eine Person nur durch Beschluss des Amtsgerichts, der nur auf Antrag erlassen wird, für geisteskrank (wahns., blöds. etc.) erklärt werden.

Nach § 598 kann die persönliche Vernehmung des zu Entmündigenden unterbleiben, wenn sie nach Ansicht des Berichts schwer ausführbar, oder für die Entscheidung unerheblich, oder für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden nachtheilig ist.

Nach § 599 darf die Entmündigung nicht ausgesprochen werden, bevor

das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden gehört hat.

Nach der Allgem. Gerichtsordnung für die Preuss. Staaten Th. I., Tit. 38 waren zwei sachverständige Aerzte zur Untersuchung zu veranlassen, deren einer von dem Curator, der andere von den Verwandten vorgeschlagen wurde. Waren beide einig, so gaben sie den Ausschlag, sonst war von Amtswegen ein dritter Sachverständiger zu ernennen, oder das Collegium medicum der Provinz entschied nach den Acten.

Aus dem Strafgesetzbuch für das deutsche Reich vom 15. Mai 1871 und vom 26. Febr. 1876.

Der Hauptparagraph ist der § 51.

Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Thäter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit bestand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Es ist von Interesse, eine der früheren Bestimmungen mit diesem Paragraph zu vergleichen.

Das Allg. L. R. vom 5. Febr. 1794 bestimmte im Th. II., Tit. 20, § 17: Unmündige und schwachsinnige Personen können zwar zur Verhütung fernerer Vergehungen gezüchtigt, niemals aber nach der Strenge des Gesetzes bestraft werden. Dann § 18: Alles, was das Vermögen eines Menschen, mit Freiheit und Ueberlegung zu handeln, mehrt oder mindert, mehrt oder mindert auch den Grad der Strafbarkeit.

Es dürfte schwer fallen, die Geschwornen bei einem Imbecillen geringeren Grades, der nicht in einer Idiotenanstalt gewesen ist, von dessen Zustand von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit zu überzeugen. Zum Glück kommen den jüngeren Imbecillen die §§ 55 u. 56 zu Hilfe. Der erstere setzt alle, die das zwölfte Lebensjahr nicht vollendet haben, ausser strafrechtliche Verfolgung. Der § 56 spricht den Angeschuldigten, der das zwölfte, aber nicht das achtzehnte Jahr vollendet hatte, frei, wenn er die zur Erkenntniss der Strafbarkeit der begangenen That erforderliche Einsicht nicht besass.

Der § 55 hat durch das Gesetz, betr. die Unterbringung verwahrloster Kinder vom 13. März 1878 eine weitere Ausführung erhalten. Von Obrigkeitswegen können Kinder im Alter von 6—12 Jahren, welche eine strafbare Handlung begehen, bis zum sechszehnten, unter Umständen selbst bis zum achtzehnten Jahre in eine geeignete Familie oder in eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt untergebracht werden, wenn die Unterbringung mit Rücksicht

auf die Beschaffenheit der strafbaren Handlung,
auf die Persönlichkeit der Eltern oder sonstigen Erzieher des Kindes und
auf dessen übrige Lebensverhältnisse

zur Verhütung weiterer sittlicher Verwahrlosung erforderlich ist.

Ausdrücklich bestimmt der § 8, dass die Unterbringung nicht in Anstalten erfolge, welche ... zur Unterbringung von Kranken, Idioten etc. bestimmt sind.

Es scheint, als ob der Gesetzgeber überzeugt sei, dass der § 51 vollständig hinreiche, um alle Idioten und Imbecillen von der Strafe auszuschliessen. In Wirklichkeit kommen nach meinen Wahrnehmungen eine ganze Anzahl Imbecille in die sogenannten Rettungshäuser, von wo sie nur selten den Idioten-Anstalten zugeführt werden.

Im Strafgesetzbuch giebt es noch eine ganze Reihe von Bestimmungen, welche zum Schutz und Nutzen der Idioten gebraucht werden können, insofern dieselben minderjährig, oder in Anstalten untergebracht oder geisteskrank sind (§ 174). Sie können geschützt werden gegen unsüchtige Handlungen, vorsätzliche Verlassung in hilfloser Lage, Fahrlässigkeit, Misshandlung, Körperverletzung (§§ 221—223), Untreue, Freiheitsberaubung. Insbesondere richtet sich die Strenge des Gesetzes mit Recht gegen die verbrecherischen Angehörigen und gegen diejenigen, deren Amt, Beruf oder Gewerbe das Verbrechen hätten verhüten sollen.

Eine Bestimmung scheint den Idioten nicht günstig. Nach § 232 tritt die Verfolgung leichter vorsätzlicher, sowie aller durch Fahrlässigkeit verursachter Körperverletzungen nur auf Antrag ein, insofern nicht dieselben mit Uebertretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbepflicht begangen worden sind. Die Zurücknahme des Antrages ist sogar zulässig, wenn das Vergehen gegen einen Angehörigen verübt ist.

So wohlthätig und schutzbringend der § 239, wer vorsätzlich und widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauches der persönlichen Freiheit beraubt, wird bestraft etc., für die Idioten ist, so schwer kann er in vielen Fällen auf den Eltern lasten, die ausser dem Hause ihr Brot suchen müssen und denen, um nicht der Fahrlässigkeit, Verlassung in hilfloser Lage etc. beschuldigt zu werden, nichts Anderes übrig bleibt, als ihr idiotisches Kind einzusperren.

Es lässt sich nicht verkennen, dass viele Bestimmungen der älteren Gesetze sich vorzüglich auf die älteren und secundär Blödsinnigen beziehen. Das Unzulängliche ist nicht zuletzt von einzelnen Zweigen der Regierung empfunden worden.

So hatte schon im J. 1836 die Kön. Regierung zu Münster dem Minist. des Innern und der Polizei anheimgestellt, ob nicht für den Fall, dass wenn ein Vater oder Vormund aus Vorurtheil oder Geiz es verabsäume, zur Heilung seines gemüthskranken Kindes oder Curanden das Erforderliche zu veranlassen, die Polizeibehörde einzuschreiten befugt sei. Hierauf wurde den 18. Septbr. 1836 in einem Rescript erwidert, dass eine besondere gesetzliche Verordnung hierüber nicht erforderlich erscheine, weil die Pflicht der Väter und Vormünder, für ihre Kinder und Mündel die erforderlichen Heilmittel anzuwenden, in den Vorschriften des Allg. L. R. Th. II., Tit. 2 u. 18 begründet sei. Wenn sie hierunter ihre Pflicht so auffallend verab-

säumen würden, dass eine obrigkeitliche Einmischung, welche an sich immer bedenklich sei, motivirt erscheine: so sei es denn nach Vorschrift jenes Gesetzes Sache des vormundschaftlichen Gerichtes, sich der Kinder anzunehmen. Die Polizeibehörden könnten daher nur solche Fälle bei dem vormundschaftlichen Gerichte zur Sprache bringen und allenfalls die Unterbringung der Gemüthskranken in einer öffentlichen Heilanstalt anheimstellen. Die Nothwendigkeit einer solchen Unterbringung könne aber immer nur durch das technische Gutachten von Aerzten begründet werden, dessen sich weder die Gerichte, noch die Polizeibehörden würden entheben können und dass die vormundschaftlichen Gerichte weniger sorgsam auf das Gutachten der Aerzte achten sollten, als die Polizeibehörde, könne nicht präsumirt werden, mithin sei auch kein Grund vorhanden, hierbei auf Aenderung des Ressorts anzutragen.

Die idiotischen Kinder fanden also nur dann die an sich immer bedenkliche obrigkeitliche Einmischung zu ihren Gunsten, wenn die Pflicht gegen dieselben auffallend verabsäumt wurde und machten dann den beschwerlichen, kostspieligen und selbst bedenklichen Weg in eine Irrenanstalt.

Einer Blödsinnigkeitserklärung bedürfte es allerdings überhaupt nicht, wie eine Verfügung des Minist. der geistl. Angelegenheiten, des Innern und der Justiz vom 18. März 1850 einem Kreisgericht auseinandersetzt. Wie nämlich nach § 86 u. folg. Tit. 2 u. § 240 u. folg. Tit. 18, Th. II. des Allg. L. R. die Vormundschaftsgerichte befugt seien, ungerathene Haussöhne und Pflegebefohlene zu ihrer Besserung mit Zustimmung des Justiz-Ministers einzusperren, ohne dass es dazu eines richterlichen Erkenntnisses bedürfe, so unterliege es auch keinen Bedenken, dass, wenn sich bei einem Unmündigen herausstelle, dass er an Wahn- oder Blödsinn laborire, es innerhalb der Rechte und Pflichten des vormundschaftlichen Gerichtes liege, dessen Aufnahme in eine Irrenanstalt ohne Weiteres zu bewerkstelligen und die Direction der letzteren aus der Allerhöchsten K. O. vom 5. April 1804 einen Grund, die Genügung einer solchen Requisition abzulehnen, nicht entnehmen könne.

Um diese Zeit begann man allgemeiner die Aufmerksamkeit den Idioten zuzuwenden. Es entstanden auch die ersten Anstalten für dieselben. Die Geschichte der Entwickelung der Fürsorge für Idioten nennt eine Reihe von verdienten Männern, die den verschiedensten Ständen angehörend, nicht wenige Psychiater von Ruf, von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehend, verschiedene zum Theil unerreichbare Ziele erstrebend, darin einig waren, dass die Noth gross sei und mindestens Etwas geschehen müsse. Namentlich wurde von Seiten der innern Mission der Staat selbst in heftigster Weise angegriffen. Dem preussischen Staate insbesondere wurde vorgeworfen, dass er seine Scheuern und Ställe, seine Schafe und Rinder, nur nicht seine blödsinnigen Kinder kenne, und dass man selbst da, wo ein einzelner Oberpräsident die Zählung der Blöden anordne, alles Andere sorg-

fältiger zähle, als sie (*Disselhof*, die gegenwärtige Lage der Cretinen etc. 1857).

Darauf erging endlich am 3. Aug. 1858 an sämmtliche Oberpräsidenten folgende Circular-Verfügung der Min. der geistl. Angeleg. und des Innern (*v. Raumer*, *Sulzer*). Neuerdings ist die Aufmerksamkeit auf die traurige Lage gerichtet worden, in welcher sich blödsinnige Kinder und Cretinen befinden, die in ihren Familien oder als Ortsarme ohne leibliche und geistige Pflege der Verwahrlosung preisgegeben bleiben. Dass die Zahl dieser Unglücklichen in allen Provinzen des Staates keine unerhebliche ist, darf nicht bezweifelt werden. Da dieselben in vielen Fällen nur in besonders eingerichteten Anstalten diejenige systematische Behandlung gewährt werden kann, welche erforderlich ist, um die noch bildungsfähigen unter ihnen zu brauchbaren Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft zu machen, so wird die Errichtung von Heil- und Erziehungsanstalten für blödsinnige Kinder als ein Bedürfniss anerkannt werden müssen. Die Befriedigung desselben muss nach Analogie der für die Gründung der Irren-Heil-Anstalten bestehenden Bestimmungen den Provinzialverbänden überlassen bleiben, soweit nicht Privat-Anstalten eine genügende Hülfe darbieten. Ein etc. ersuchen wir, die Angelegenheit nach Erörterung der in der Provinz bestehenden factischen Verhältnisse in nähere Erwägung zu nehmen und nach Maassgabe des Resultates die Einwirkung der Provinzialstände für diesen Gegenstand anzuregen resp. auf die Bildung von wohlthätigen Vereinen zu diesem Zwecke hinzuwirken.

Diese Circular-Verfügung ist auf lange Zeit hin das einzige Merkmal des Interesses der oberen Regierungskreise in Preussen für die Idioten. Indessen wurden diese wiederholt gezählt. Ich erlaube mir zunächst, einige Resultate aus der Statistik Preussens kurz mitzutheilen.

Nach der Zählung von 1867 gab es 21031 Idioten, 16929 Irre auf 23971337 Bewohner;

auf 1140 kam 1 Idiot,
„ 1416 „ 1 Irrer.

Nach der Zählung von 1871 gab es 33739 Idioten, 21319 Irre auf 24643415 Bewohner;

auf 730 kam 1 Idiot,
„ 1156 „ 1 Irrer.

Durch diese letzte Zählung wurde das frühere Verhältniss der Irren zu den Idioten umgekehrt: auf 2 Irre fand man 3 Idioten.

Ein immer grösseres und dringenderes Bedürfniss hatte sich demnach herausgestellt. Wie ist demselben begegnet worden und was hat insbesondere obige Circular-Verfügung für Erfolge gehabt?

Nach den Zusammenstellungen des Statist. Bureau's in den J. 1874 und 75 waren von obigen 33739 Idioten

30528 = 90,48% in Familien und Privathaushaltungen,
3211 = 9,52% in den Irren-, Idiotenanstalten, Lazarethen und anderen Anstalten.

Um an einem Beispiele das Verhältniss zu erläutern, in welchem Irre und Idioten in Anstalten untergebracht sind, führe ich die Ziffern der mir zunächst stehenden Provinz Hannover an.

Die Zählung von 1871 wies 2391 Irrsinnige und 3436 Blödsinnige nach. (Zu letzteren müssten noch 60 taubstumme Blödsinnige kommen.)

Von den Irren waren 1101 in Familien,
1226 in Irrenanstalten,
27 in Lazarethen,
37 in anderen Anstalten,
also überhaupt 1290 in Anstalten
untergebracht.

Von den Idioten 3114 in Familien,
235 in Irren- d. h. Idiotenanst.,
20 in Lazarethen,
67 in anderen Anst.,
also überhaupt 322 in Anstalten.

Von 100 Irren waren in Familien 46,05,
in Anstalten 53,95;
von 100 Idioten waren in Familien 90,63,
in Anstalten 9,37.

Während also von den Irren über die Hälfte in Anstalten untergebracht waren, genossen noch nicht $^{1}/_{10}$ der Idioten die Wohlthat einer Anstalt.

Ich will nicht behaupten, dass ein gleicher Procentsatz der Idioten unbedingt der Anstalt bedürfe, dass aber obiges Missverhältniss ein zu grosses ist, darauf weisen zahlreiche Thatsachen hin. Dazu kommt, dass die Provinz Hannover, soviel mir bekannt ist, unter allen Provinzen das Meiste für ihre Idioten gethan hat. Glücklicher Weise war unserer Anstalt schon von der früheren Hann. Regierung ein jährlicher Zuschuss von 12000 Mk. ausgesetzt, den unsere Provinzialregierung fortzugewähren nicht unterlassen, den sie in den letzten Jahren noch erhöht hat. Das oben geschilderte Verhältniss in unserer Provinz ist also ein verhältnissmässig günstiges, in anderen Provinzen nicht erreichtes.

Die obige Circular-Verfügung erkennt die traurige Lage der Idioten an, das Bedürfniss von Anstalten für dieselben, überlässt aber die Befriedigung desselben den Provinzialverbänden, resp. durch Bildung von wohlthätigen Vereinen; sie erkennt mit einem Worte an, dass die Idiotensache eine allgemeine Angelegenheit ist, überlässt dieselbe aber durch den letzten Satz den Privaten. Und so ist es denn gekommen, dass in allen Provinzen Anstalten entstanden sind, aber keine einzige Provinzialanstalt, dass die Anstalten nach verschiedenen Principien gegründet, unterhalten und geleitet werden, dass erst allmälig ein weiterer und haltbarerer Standpunkt gewonnen worden ist, als der zur Zeit des Erlasses jener Verfügung in der Hauptstadt geltende, wo man auf intellectuellem Wege den Blödsinn heilen wollte, dass jahraus jahrein ein verschiedenartig gestaltetes Sammelwerk mit

stellenweis starker Concurrenz und zum Theil erbärmlichen Mitteln in Gang gesetzt werden muss, um den Anstalten ein zum Theil dürftiges Dasein zu fristen, dass die Unterstützungen von Seite der Provinzialstände mit Ausnahme von unserer Provinz kümmerlich genug fliessen, dass einzelne Anstalten zufolge der exclusiven Richtung ihrer Gründer und Leiter der Verstaatlichung ihrer Anstalten offen widerstreben.

Ich will keinen Vorwurf gegen die früheren Vertreter der Psychiatrie erheben. Aber der Beschluss der Eisenacher Conferenz im J. 1860, der wohl dem Staate die Aufgabe zuerkannte, „für die geeignete Pflege der Blödsinnigen Sorge zu tragen", der aber zugleich diese Erkenntniss paralysirend forderte, „dass einer directen Hilfe eine geregelte Fürsorge für die heilbaren und unheilbaren gemeingefährlichen Irren vorangehen müsse", war nicht dazu geeignet, die Idiotensache zu fördern.

In dem Gesetz vom 7. März 1868, welches dem provinzialständidischen Verband der Provinz Hannover jährlich 500000 Thlr. überweist, kommt der Name Idiotenanstalt zum ersten Mal officiell vor. Obige Summe sollte unter anderm zur Verwendung dienen ...

3) zur Unterhaltung, bezw. Unterstützung der Irrenanstalten ..., der Idiotenanstalten etc. Soweit die überwiesene Summe nicht ausreiche, seien nach § 2 die Kosten oben bezeichneter Einrichtungen und Anlagen von dem provinzialständischen Verband nach Maassgabe der Verordnung vom 22. Aug. 1867 aufzubringen.

Durch das Gesetz betr. die Ausführung der §§ 5 und 6 des Gesetzes vom 30. April 1873 wegen Dotation der Provinzial- und Kreisverbände der übrigen Provinzen vom 8. Juli 1875 wurde die Verwendung für folgende Zwecke bestimmt:

4) Fürsorge bezw. Gewährung von Beihilfen für das Irren-, Taubstummen- und Blindenwesen,

5) Unterstützung milder Stiftungen, Rettungs-, Idioten- und anderer Wohlthätigkeitsanstalten.

Während also die volle Fürsorge für das ganze Irren-, Taubstummen- und Blindenwesen den Provinzialverbänden obliegt, sind die Rettungs- und Idiotenanstalten nur Wohlthätigkeitsanstalten und werden mit blosser Unterstützung bedacht.

Den Rettungsanstalten gegenüber hat in Folge des § 55 des Strafgesetzbuches die Regierung sehr bald einen anderen Standpunkt eingenommen durch das oben schon angeführte Gesetz betr. die Unterbringung verwahrloster Kinder. Mit einem Schlage sind die zur Heilung der moralisch erkrankten Jugend bestimmten Rettungshäuser in die Reihe der Anstalten eingerückt, deren Bestehen und Gedeihen nicht blos von dem guten Willen der Provinzialverbände abhängt.

Auch das Bundesgesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 hat insofern keine Hilfe gebracht, als nach § 31 die Landarmenverbände nur befugt sind, die Kosten der öffentlichen Armen-

pflege, welche die Fürsorge für Geisteskranke, Idioten, Taubstumme, Sieche und Blinde verursacht, unmittelbar zu übernehmen. Kreis- oder Armenverbände, welche für einen der unmittelbar zu übernehmenden Zweige der Armenpflege bis dahin in ausreichender Weise gesorgt haben, können nicht verpflichtet werden, an der betreffenden Einrichtung des Landarmenverbandes Theil zu nehmen oder zu den Kosten derselben beizutragen. Die in einzelnen Landestheilen (§ 32) bestehenden Verbände bleiben als solche aufrecht erhalten, wie z. B. bei uns in der Prov. Hannover, die Bildung neuer ist aber ohne Zustimmung der betreffenden Gemeinden fortan nicht mehr zulässig.

Nun liegt es auf der Hand, dass fortan jede bis dahin nicht belastete Gemeinde es ablehnen wird, sich einem Verbande anzuschliessen, der sie belastet; eine gering belastete wird den Anschluss an einen Verband verweigern, der sie mehr belasten würde etc. So kann es kommen, dass in einzelnen Gemeinden, wie mir Ortsvorsteher versicherten, die Armenlast für den Kopf bis 15 Mk betrug, während andere grössere Gemeinden gar nicht belastet sind.

Das Princip der Selbstregierung im Kleinen ist gewiss in vieler Beziehung ein zweckmässiges und segensreiches, zur Milderung allgemeiner Leiden ist es aber sicher nicht ausreichend.

Eine grosse Anzahl unserer Idioten ist schulpflichtigen Alters. Man brüstet sich unsers allgemeinen Schulzwanges und seiner Erfolge. Mit Befriedigung kann man auch constatiren, dass von Jahr zu Jahr ausreichender für den Unterricht der Taubstummen und Blinden gesorgt werde. Nach der Zählung von 1871 gab es in Preussen 5529 Blödsinnige und blöds. Taubstumme, welche von der Volksschule und den Taubstummenanstalten mit Recht zurückgewiesen werden, für die kein Schulzwang existirt.

Man hat mir von gewichtiger Seite entgegengehalten, dass wo keine Anlage zum Lernen vorhanden sei, auch kein Lernzwang stattfinden könne. Wenn aber nach meinen Erfahrungen etwa ein Viertel der Idioten unter besonderen Umständen unterrichtsfähig, die Hälfte etwa beschäftigungsfähig ist, sollte es nicht für das Staatswohl erspriesslich sein, diese schlummernden Kräfte zu wecken, sollten nicht alle berechtigt sein, dass man wenigstens einen Versuch mit ihnen anstelle?

Das Königreich Sachsen hat in dem Volksschulgesetz vom J. 1873 den Unterricht der Geistesschwachen obligatorisch gemacht. § 4 bestimmt: „Verwahrloste, nicht vollsinnige, schwach- und blödsinnige Kinder sind in hierzu bestimmten, öffentlichen oder Privatanstalten unterzubringen, sofern nicht durch die dazu Verpflichteten anderweit für ihre Erziehung hinreichend gesorgt ist.“ Der Einfluss dieses Schulgesetzes auf die Frequenz der beiden Idiotenabtheilungen (die Erziehungs- und Unterrichtsanstalt wurde den 3. Aug. 1846 errichtet, die sogenannte Kinderstation für Pfleglinge den 26. Septbr. 1855) ist entschieden vorhanden — schreibt Dr. *Köhler* — nicht blos dass die Bezirksärzte ein höheres Interesse an den Tag legen in Bezug

auf die Zuführungen in die Anstalten, haben sich seitdem die directen Anträge der Schulinspectoren wesentlich vermehrt. Die Erziehungsanstalt ist seit 1873 bis 1878 gewachsen von 64 auf 83 Zöglinge, die Kinderstation von 150 auf 237.

Der Entwickelung des Idiotenwesens folgend hat die Sächsische Regierung ihre Fürsorge für die Idioten nicht blos auf die Zeit ihres Aufenthaltes in der Anstalt beschränkt, sondern angeordnet, dass, um die in der Anstalt erzielten Erfolge zu sichern, beim Abgange den Eltern, Vormündern mit Rathschlägen an die Hand gegangen werde, für welche Arbeit der Entlassene sich am besten eigne, dass von Seiten der Anstalt die geeignetste Persönlichkeit zum Meister etc. gewählt werde, dass der Meister, welcher einen Idioten in einem Handwerk auslernt, eine Gratification von 50 Thlrn. erhalte, dass die Anstalt fortwährend durch Correspondenz in Kenntniss über den Entlassenen bleibe, dass von Zeit zu Zeit Inspectionsreisen zu den entlassenen Zöglingen unternommen werden, dass eine Unterstützungskasse für entlassene Zöglinge in das Leben gerufen werde.

Mögen alle diese Einrichtungen von so geringem Nutzen sein, dass in dem dritten öffentlichen Berichte der Anstalt die Nothwendigkeit einer Asyl-Beschäftigungsanstalt betont wird, so geben sie doch Zeugniss von dem Bestreben, möglichst für die Idioten zu sorgen. Während in der Erziehungsanstalt der Aufenthalt weniger begrenzt erscheint, weil die Confirmation und die Erwerbsfähigkeit oder eins von beiden erreicht sein soll, ist doch die fortgeschrittene geschlechtliche Entwickelung eine Hauptursache der Entlassung. In der Kinderstation hingegen gilt die Entwickelungsphase als Hauptmoment zur Beurlaubung nach Hause oder zur Versetzung in die Versorganstalt.

Mecklenburg ist nach Sachsen der einzige deutsche Staat gewesen, der durch das Statut vom 10. Mai 1867 in der Nähe der Landesirrenanstalt und unter der ärztlichen Aufsicht und Behandlung der Irrenärzte eine Staatsanstalt für den Unterricht, die Erziehung und die Pflege geistesschwacher Kinder in das Leben rief. Dieselbe nimmt aber bis jetzt nur voraussichtlich bildungsfähige Zöglinge auf und giebt die nicht weiter entwickelungsfähigen den Eltern oder Gemeinden zurück. Die Landesirrenanstalt nimmt nur gemeingefährliche Idioten auf und schliesst principiell aus die Epileptischen, sofern sie nicht zugleich an Tobsucht leiden und die Idioten höchsten Grades und die blos verstandesschwachen Personen. In dem Gesetze vom 29. Juni 1869 findet sich folgende Anordnung: Dagegen sollen gewisse Kosten der Armenpflege, welche einer einzelnen Gemeinde oder Ortschaft erwachsen sind, auf die sämmtlichen Gemeinden und Ortschaften des Amtes übertragen werden, nämlich unter Anderen ... die Kosten des Aufenthalts und Unterrichts von bildungsfähigen Idioten (Schwach- und Blödsinnigen) in öffentlichen Anstalten, vorausgesetzt, dass für diese Kosten ein anderer Ersatz nicht zu erlangen ist.

Die übrigen deutschen Staaten kann ich wohl übergehen, da dieselben

weder specielle Gesetze zur Fürsorge für die Idioten erlassen, noch irgend welche bemerkenswerthe dahin zielende Einrichtungen getroffen und ihre Beihülfe höchstens auf unzureichende Unterstützung der Privatanstalten beschränkt haben.

Der Verein deutscher Irrenärzte hat sich in den letzten Jahren der Idiotenfrage gegenüber nicht unthätig bewiesen. In Rücksicht auf die geplante gesetzliche Regelung der Unterrichtsfrage hat er im J. 1874 in einer Petition an das Kön. Preussische Unterrichtsministerium neben anderen allgemeinen Maassregeln für die gesammte Schuljugend auch die Berücksichtigung der Idioten befürwortet. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass der öffentliche Unterricht nicht für Idioten geeignet sei, dass die Unterbringung der Idioten in Anstalten nothwendig erscheine, wenn sie gegründete Hoffnung zur Erlernung einer nützlichen Beschäftigung böten, wenn sie also bildungsfähig seien, ferner im Falle der Gemeingefährlichkeit und endlich, wenn sie sonst der nöthigen Pflege und Beaufsichtigung entbehren würden. Zu diesem Zwecke seien die zum Schutze der Irren erlassenen Gesetze auch auf die Idioten auszudehnen, seien mehr Idiotenanstalten zu errichten, seien die Provinzen und grösseren Communen zur Errichtung und ausreichenden Subvention derselben zu veranlassen.

Die ministerielle Erwiderung vom 8. Decbr. 1874 betont, dass ein Theil von dem als wünschenswerth oder nothwendig Bezeichneten schon früher und bis zuletzt von der Unterrichts-Verwaltung zur Befolgung vorgeschrieben worden sei, Anderes sich der Einwirkung entziehe, und für Einiges nicht die Schule, sondern das Haus verantwortlich zu machen sei.

In der That wird auch den Idioten nicht allein von Seiten des Unterrichtsministeriums aufzuhelfen sein; aber eine mächtige Anregung könnte von demselben ausgehen.

Ich könnte nun schliessen, da das Material unseres Landes, soweit es mir bekannt ist und zu Gebote stand, erschöpft ist. Es dürfte auch hinreichen, den vorhandenen Nothstand der Idioten klar zu legen, sowie die Unzulänglichkeit der gesetzlichen Versuche demselben abzuhelfen.

Wenn die hochgeehrte Versammlung es erlaubt, möchte ich die interessante und lehrreiche Entwickelung der Idiotenfürsorge in England kurz schildern, einem Lande, das unbestreitbar uns darin vorgekommen ist, indem schon von 7 Idioten 1 in Anstalten untergebracht ist, einem Lande, wo die Entwickelung der Idiotenfrage enger als bei uns mit der Entwickelung des Irrenwesens zusammenhängt. Meine Quellen sind zumeist die vortreffliche Schrift des Dr. *Ireland* [1], ärztlichem Vorsteher der schottischen Anstalt in Larbert über Idiotie und Imbecilität, sowie die Denkschrift [2]) des Specialcomité's der Gesellschaft zur Organisation der Wohl-

[1]) On Idiocy and Imbecility by *William W. Ireland*, M. D., London 1877.

[2]) Education and Care of Idiots, Imbeciles and Harmless Lunatics. Report of a Special Committee of the Charity Organisation Society. London 1877.

thätigkeit über Erziehung und Fürsorge für Blöde und Schwachsinnige und herrenlose Irre.

Die Unterscheidung zwischen einem Idioten (idiota a navitate) und einem Irren (idiota a causa et infirmitate) ist im englischen Gesetz von sehr altem Datum. Früher lag dem Lehnsherrn die Aufsicht über die gebornen Idioten ob, aber unter der Regierung Eduard II: (1307—27) übernahm der König die Ländereien der Blödsinnigen, beanspruchte selbst alle Einkünfte, welche über die nothwendigen Ausgaben für ihren Unterhalt hinausgingen, und überliess das Land den Erben, wenn jene starben.

Nach einer Satzung des alten Gemeinrechts de idiota inquirendo entschied eine Jury von 12 Mann nach Prüfung. Erfand sie den Betreffenden als purus idiota, so konnte der Nutzen seiner Ländereien und die Bewachung seiner Person dem Oberherrn des Wesens eingeräumt werden, welcher bei der Erhaltung desselben interessirt war. Erfand der Gerichtshof den Betreffenden nur non compos mentis von einer bestimmten Zeit her, so handelte die Krone als Vormund, beschützte seine Habe und berechnete ihm alle empfangenen Einkünfte, wenn er genas, oder übergab sie seinen Erben, wenn er starb. Die Betreffenden hatten also ein grösseres Interesse, die Erklärung zu erhalten, die kranke Person sei ein Irrer oder non compos mentis, weil sie dadurch nicht die Aussicht auf den Nutzen des Vermögens verloren. Der König gab seine Schutzherrlichkeit über Idioten und Irre gewöhnlich einigen zu einem Comité vereinigten Personen, später übertrug er sie dem Lordkanzler.

In den Gesetzen 16 u. 17 Vict. c. 70 und 25 u. 26 Vict. c. 86 wurden Idioten und wahnsinniges Volk unter der Definition of lunatics als Irre in eine Klasse gestellt, deren Erklärung sagen will: eine Person sei gefunden worden als Idiot, Irrer oder als Gemüthskranker (of un sound mind) und als unfähig, sich selbst und seinen Angelegenheiten zu helfen.

Ich will hier nicht weiter auf die verschiedenen Erklärungen dieser Ausdrücke von verschiedenen Rechtsgelehrten eingehen. Die Wissenschaft wird sich auch bei uns meist vergeblich abmühen, die unklaren, im Volksbewusstsein entstandenen, an Auffälligkeiten und Aeusserlichkeiten haftenden sprachlichen Ausdrücke systematisch zu ordnen.

Der Idiot hat nach den englischen Gesetzen keine Civilrechte. Er kann kein Eigenthum übertragen, nicht heirathen etc., er kann nicht wählen, nicht Parlamentsmitglied werden. In einem Nothzuchtsfalle ist der Schutz der weiblichen Kinder nicht auf die erwachsenen weiblichen Idioten ausgedehnt. Bei diesen bestehe die Wahrscheinlichkeit der Einwilligung und in der That die Möglichkeit der Anreizung, welche bei kleinen Mädchen nicht eingeräumt werden kann. Allgemein wird angenommen, dass ein Idiot nicht als Zeuge erscheinen könne, doch wird dem von einzelnen Rechtsgelehrten widersprochen.

Die moralische Verantwortlichkeit ist derjenigen der Kinder gleich.

Soweit die Idioten kein Eigenthum haben, oder die Gesetze nicht über-

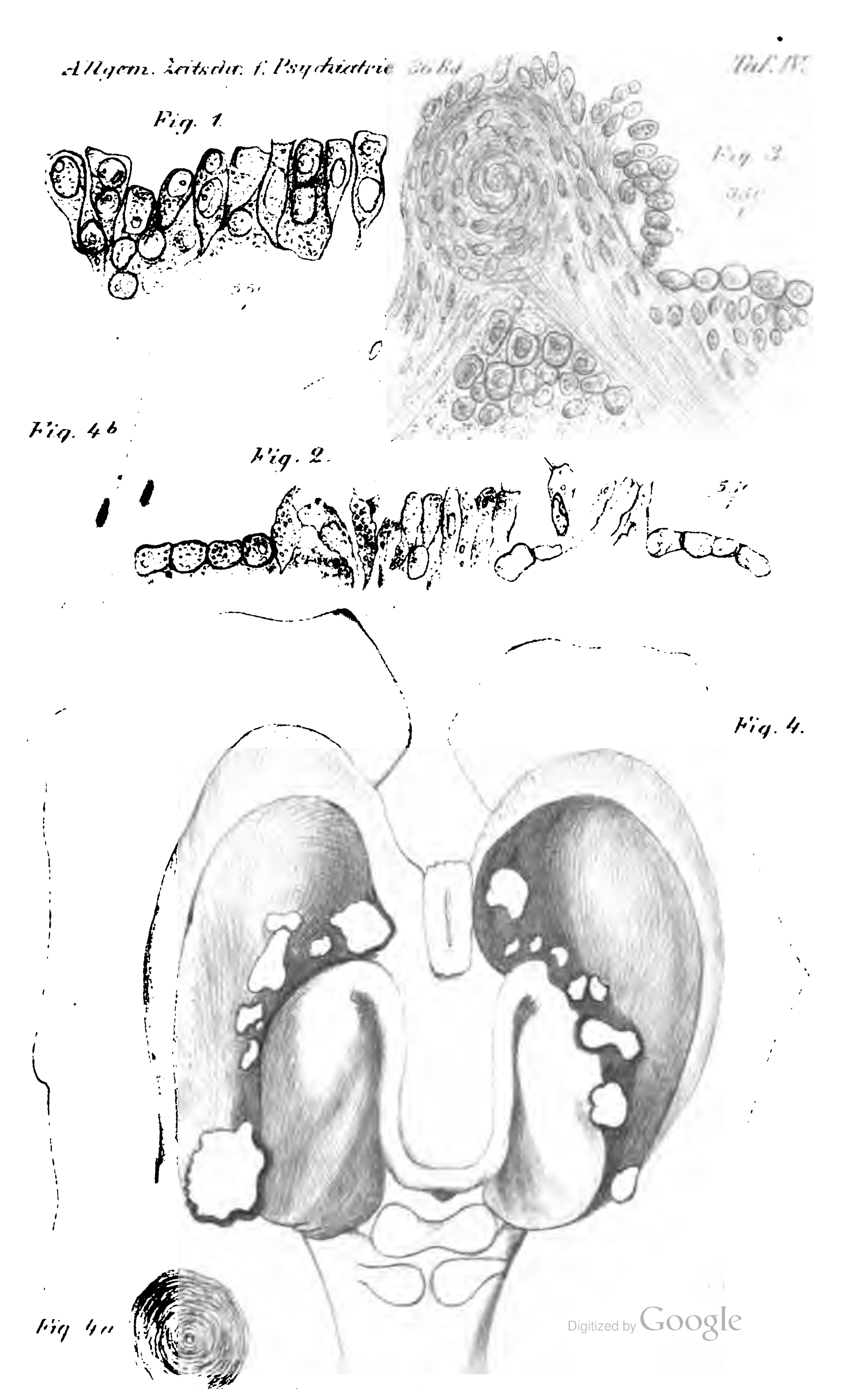
treten, oder nicht der Armensteuer anheimfallen, nimmt das alte Gesetzbuch wenig Notiz von ihnen. Sie wurden selten in Irrenanstalten eingeschlossen, sehr oft gesetzlich oder zufällig der Willkür ihrer Verwandtschaft oder ihrer Vormünder überlassen, aber wenn sie als Irre behandelt wurden, begannen sie für die Gedankenlosigkeit und Ignoranz ihrer Gesetzgeber zu leiden. Die Irrengesetze waren wirklich nur in Rücksicht auf das irre Volk allein entworfen und die Idioten als ein Ding, das keiner speciellen Notiz werth war, obendrein geworfen worden. Daher entstand durch den Zustand des Gesetzes eine grosse Schwierigkeit, als durch die Bemühungen der Menschenfreunde, ehrwürdig sowohl durch ihre Menschenliebe, als durch ihre Bestrebungen, die verschiedenen Phasen der Seelenstörungen verschieden zu behandeln, versucht wurde, die Idioten von den Irren zu trennen und ersteren eine specielle Behandlung zu Theil werden zu lassen. Um ein schwachbegabtes Kind in eine Bildungsanstalt zu schicken, musste man durch eine lange und beschwerliche Reihe gesetzlicher und medicinischer Zeugnisse gehen, die nothwendig waren, um einen Irren in eine Anstalt zu versetzen, und die Zeit der Vorsteher wurde unnöthig durch die Abfassung mannigfaltiger Antworten verzehrt, die nothwendig oder überflüssig in einer Irrenanstalt, unnütz und nichtssagend in einer Erziehungsanstalt für Idioten waren. Die englischen Irrencommissare wiesen selbst zu verschiedenen Zeiten auf den drückenden und nutzlosen Charakter dieser Einschränkungen hin und hofften bald eine Aenderung durch die Gesetzgebung zu erreichen. Ich will nicht weiter auf die Schilderung des schrecklichsten Ungemachs eingehen, welches die Idioten dadurch erlitten haben sollen, dass sie in Irrenanstalten untergebracht wurden. Gewiss ist von der anderen Seite, dass die ärztlichen Vorstände sie gern los sein wollten, aber nicht die Befugniss hatten, sie zurückzuweisen.

Den grössten Eifer für die Lösung dieser Frage entwickelte die schon genannte Gesellschaft in London. Das Comité begriff in sich eine Anzahl Männer von ausgezeichnetem Rang und Verdienst, verband sich mit anderen, von denen man wusste, dass sie dem betreffenden Gegenstande viel Aufmerksamkeit gewidmet hatten. Deputationen besuchten die in Frage stehenden Anstalten um London, man sammelte Informationen von Schottland, Irland, dem Continent und Amerika. In all diesem wurden sie von der Güte der Foreign and Colonial Secretaries of State unterstützt, durch deren Hilfe eine ansehnliche Sammlung von Berichten und statistischen Nachweisen zusammengebracht wurde. Der obigen Denkschrift sind folgende Angaben entnommen: Nach der Zählung von 1871 gab es etwa 30000 Schwach- und Blödsinnige in England und Wales, oder 1 auf 771 der Gesammtbevölkerung. Obgleich die Gedrücktesten und Hilflosesten der menschlichen Gesellschaft, sind sie fast alle befähigt, in einem gewissen Grade fortgebildet zu werden, so dass ihr Leben ihnen selbst erträglicher und Anderen weniger lästig wird, während ein Theil derselben dahin gelangen kann, sich selbst völlig oder theilweise zu unterhalten. Die Jüngeren sind

vorzüglich für Bildung empfänglich und die günstigste Periode ist das früheste Alter, wenn eben das Kind der Mutter entbehren kann. Auf der anderen Seite wird bezeugt, dass in manchen Fällen der Blödsinn Folge der Vernachlässigung in der Jugend ist.

Aber die bisher für diese unglückliche Klasse unserer Bevölkerung getroffene Vorsorge ist völlig unzureichend. Mehr als 10000 sind in den Armenhäusern zerstreut, wo sie weder Erziehung noch die für sie speciell erforderliche Aufsicht erhalten können, oft ernstlich das Wohlbefinden der andern Hausbewohner stören, endlich mit Spott und Lieblosigkeit zusammentreffen. Eine grosse Anzahl befindet sich in Irrenhäusern, wo sie durch den Wahn der Geisteskranken verwirrt, durch deren Tobanfälle erschreckt und wo sie infolge ihrer Nachahmungsfähigkeit schlimmer werden, als zuvor. Andere verbleiben in ihren eignen Häusern, wo sie unter seltenen Umständen die durch ihre Eigenthümlichkeit bedingte besondere Erziehung und besondern Unterricht erhalten können, wo sie zu oft verwahrlost werden.

Die Privatwohlthätigkeit hat sich der Sache nicht gewachsen gezeigt. Nur etwa 1100 Idioten sind nach dem Freiwilligkeitsprincip in den Erziehungsanstalten und Versuche, welche kürzlich in den mittlern und westlichen Landschaften gemacht worden sind, neue Anstalten zu gründen, sind nicht von besonderem Erfolg begleitet gewesen. Die Leiden dieser Klasse können einzig nur wirksam als eine gemeinsame Last durch öffentliche Verwaltungsanordnungen zertheilt werden. Sowie dieselben in einem bestimmten festen Verhältniss die ganze Bevölkerung beherrschen, sollten auch die Mittel zur Milderung und Hilfe nicht blos an begünstigten Orten, wie der Hauptstadt und wenig grossen Städten, sondern durch das ganze Land bereit gestellt werden. Sie berühren auch alle Klassen der Gesellschaft in nahem und gleichem Grade, so dass, während die Entfernung eines schwachsinnigen Gliedes einer hart arbeitenden Familie eine Nothwendigkeit ist, es keine noch so wohlhabende Familie giebt, die nicht ein Interesse daran hätte, für solch ein Glied die beste wissenschaftliche Erziehung unter einer öffentlichen Garantie für besondere Aufsicht zu erlangen. Die für diese Klasse von Fällen in jedem Landestheil erforderliche Einrichtung ist auch so theuer und bezüglich ihrer Wirksamkeit so sehr von eigenthümlicher Organisation und Einrichtung abhängig, dass, obwohl durch Privatwohlthätigkeit viel zufällige Hilfe erreicht werden mag, doch die nöthigen Gebäude und Einrichtungen nur von der ganzen Gemeinschaft gegründet und unterhalten werden können. Jedes Glied der Gesellschaft hat ein persönliches Interesse an der Beseitigung des peinlichen und demoralisirenden Schauspiels eines vernachlässigten Idioten und die Wissenschaft ein nicht minderes, dass in eigner Weise für ihn gesorgt und er nach Maasgabe seiner Befähigung ausgebildet werde. Der Staat hat auch die Verpflichtung, für jeden Blöd- oder Schwachsinnigen, dessen Familie es nicht im Stande ist zu sorgen, anerkannt, indem er eine grosse Anzahl derselben als Arme oder


Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 36 Bd
Taf. IV.
Fig. 1.
Fig. 3.
Fig. 4b
Fig. 2.
Fig. 4.
Fig 4a

Irre in öffentliche Anstalten aufgenommen hat, er hat aber noch keine Einrichtung für ihre besondere Pflege und Unterweisung getroffen.

Ausser einigen Armengesetzen sind in England und Wales folgende Gesetze wirksam:

In Lunatic Asylusus Act (16 u. 17 Vict. c. 97, sec. 2) sind die Richter jeder Grafschaft und (mit gewissen Ausnahmen) jedes Wahlfleckens verpflichtet, eine Anstalt für die armen Irren derselben einzurichten, und in Sect. 132 desselben Acts ist ausdrücklich verfügt, dass das Wort lunatic jede Person mit krankem Geist (of unsound mind) und jede Person, welche ein Idiot ist, meinen und einschliessen soll. In jedem Unterlassungsfalle ist der Sekretär der innern Angelegenheiten (Home Secretary) auf den Bericht der Commissioners in Lunacy berechtigt, durch Sect. 29 die Richter aufzufordern, eine passende und für so viele arme Irre, als er nach dem Commissionsbericht für angemessen findet, hinreichende Anstalt einzurichten. Diese Anordnungen beziehen sich auf eine Anstalt; aber durch Sect. 30 sind die Richter berechtigt, nachträglich Asyle zu errichten, wo es nothwendig ist und der Home Secretary ist gleicherweise auf Bericht der Irrencommissare berechtigt, die Richter anzuhalten, wenn diese es ihrerseits unterlassen sollten.

Der Poor Law Amendment Act von 1834 (4 u. 5 Will. IV c. 76, sec. 45) verbietet die Detention jedes gefährlichen Irren, Geisteskranken oder Idioten in einem Arbeitshause für einen längeren Zeitraum als 14 Tage; und der Lunacy Act von 1862 (25 u. 26 Vict. c. 111, sec. 20) bestimmt, dass keine Person in einem Arbeitshause eingeschlossen werden soll, welche ein erklärtes oder zweifelhaftes Lunatic ist (und das Wort lunatic schliesst auch hier den Idioten ein) über den Zeitraum von 14 Tagen, es sei denn der Medicinalbeamte des Wartehauses bescheinige, die betreffende Person sei gerade geeignet, in einem Wartehause unterhalten zu werden, es sei auch die Einrichtung in dem Wartehause hinreichend tauglich zu diesem Zwecke.

Nach den Acts 25 u. 26 Vict. c. 43, u. 31 u. 32 Vict. c. 122 können Armengesetzaufseher mit der Zustimmung des Local Gouvernment Board arme Idioten in irgend eine zur Aufnahme von Idioten geeignete Anstalt senden (die Kosten werden durch Kreissteuer oder Privatsubscription aufgebracht) oder gegen volles Kostgeld in ein anderes Vereinshaus, wo specielle Veranstaltungen zu diesem Zweck getroffen sind.

Nach dem Elementary Education Act von 1870 (33 u. 34 Vict. c. 75) sind Schulcollegien verbunden, für die Erziehung aller Kinder, Idioten nicht ausgeschlossen, mit allen nothwendigen Lehrern und Hilfsmitteln zu sorgen und Kinder der idotisch und anderer belasteter Klassen haben einen wenigstens ebenso gültigen Anspruch, als andere Kinder für Kopfsteuerbewilligung aus den jährlich für Erziehung ausgeworfenen Fonds.

Aber das bei Weitem wirksamste Gesetz, welches bezüglich dieses Gegenstandes Platz gegriffen hat, ist der Act 30 Vict. c. 6, nach welchem die Directoren der hauptstädtischen Anstaltsdistricte die Vollmacht haben,

unter der Direction des Local Gouvernment Board Asyle für die Kranken, Geisteskranken und Gebrechlichen auf Kosten des hauptstädtischen gemeinschaftlichen Armenfonds zu errichten. Diese Vollmachten haben mächtig zum öffentlichen Vortheil gewirkt durch die Uebersiedlung der Imbecillen und Idioten aus den hauptstädtischen Werkhäusern und Irrenanstalten in die Idiotenasyle zu Caterham, Loavesden und Hampshead und durch die nachfolgende Abtrennung der Kinder und deren Erziehung in einer Schule zu Claphon. Ausserdem wird eine Anstalt zu Darenth nahe bei Dartford für 500 Kinder errichtet, deren Kosten auf L. 75000 geschätzt sind. Kurz, dieser Zweig der socialen Verwaltung, soweit er sich auf die grosse hauptstädtische Bevölkerung bezieht, scheint nicht nur durch Gesetz, sondern auch in der That genügend vorgesehen zu sein.

Das obige Concile beschloss nun die Einbringung einer Bill an das Parlament, durch welche das letztere Gesetz auf das ganze Land ausgedehnt werden solle. Ferner gab es seine Meinung dahin ab, dass Familien, welche durch die Forderung des vollen Kostgeldes zur Armuth geführt werden würden, nur zu solchen Beiträgen angehalten werden sollen, wie ihre Mittel erlauben; und dass endlich das Privilegium im Einklang mit dem Parlamentsact für Blinde und Taubstumme, nach welchen nämlich Kindern gegebene Unterstützung nicht dem ihren Eltern aus dem Kirchspiel gegebenen Armengeld gleich geachtet werden solle, auch auf Idioten, Imbecille und harmlose Irre auszudehnen sei.

Bezüglich der wahrscheinlich auf Rechnung einer vergrösserten Ausgabe gemachten Einwürfe sagt das Concile unter Anderm:

Durch das Vorgeschlagene solle eigentlich dem Publikum nicht eine neue Last aufgebürdet werden. Es solle nur in mehr genügender Weise für Personen gesorgt werden, deren Unterhalt bereits den Steuern und öffentlichen Fonds zugemessen sei. Es solle auch Jeder nach seinen Vermögensumständen zahlen.

Zufolge des überfüllten Zustandes der Irrenanstalten seien in manchen Provinzen neue Gebäude in Aussicht. Es frage sich, ob nicht durch eine vervollkommnete Klassification eine Ausgleichung stattfinden und auf diese Weise die bestehenden Anstalten von einer unnöthigen Last erleichtert werden könnten. Wie hoch auch immer die Kosten für die Erziehung der Idioten sein würden, die Kosten für ihre Vernachlässigung seien noch grösser. Sie müssten, wenn sie nicht arbeiten gelernt hätten, unterstützt werden im Müssiggang, in der Noth, im Unfug. Es sei schwer, bestimmt zu sagen, welches Resultat dadurch erreicht werden könne, wenn sie unter specieller Leitung mit einer ihren Fähigkeiten entsprechenden Arbeit beschäftigt würden, aber es müsse im Ganzen genommen ein sehr ansehnliches sein. Die Erleichterung, welche industriellen Familien zu theil werde, deren Anstrengungen gegenwärtig durch die für ein idiotisches Kind aufgewandte Sorge gehemmt würde, müsse in der Nationalrechnung auch gut geschrieben werden.

An einer andern Stelle wird auf die grosse Schwierigkeit aufmerksam gemacht, die idiotischen Kinder des kleinen Handelsstandes und des fahrenden Künstlerthums unterzubringen. Nach meiner eignen Erfahrung giebt es bei uns grosse um das Gemeinwohl viel verdientere Klassen, denen es bei ihrer sonst geachteten Stellung viel schwieriger wird, ihre idiotischen Kinder in Anstalten unterzubringen, Lehrer auf kleinen Stellen, untere Beamte aller Art. Das sonst für ihren Beruf geforderte und durch denselben genährte Ehrgefühl, das scheinbar auskömmliche Leben verhindern die Berufung auf öffentliche Unterstützung. Die nächsten und höheren Behörden erkennen auch bereitwilligst die traurige Lage an, aber gerade für diesen Zweck sind „keine Fonds vorhanden".

Ich konnte mir nicht versagen, die vorstehenden Mittheilungen zu machen, enthalten sie doch einige der wirksamsten und stärksten Motive für eine Ergänzung unserer Gesetzgebung in dieser Beziehung. Ich erlaube mir noch darauf hinzuweisen, dass, während man in England es als einen zu erstrebenden Fortschritt ansieht, die hauptstädtischen Verhältnisse auf das ganze Land übertragen zu können, in unserer Reichshauptstadt sowohl für Idioten als Imbecille am wenigsten gesorgt zu sein scheint. (Vergl. den Bericht über die 32. Versammlung des psych. Vereins zu Berlin.)

Auf die Schottische Gesetzgebung will ich nicht des Weiteren eingehen. Sie bietet viel der englischen Gleiches. Ein fast befremdendes Factum will ich nur erwähnen, weil auch bei uns ein Analogon vorgekommen war, wenn auch mit anderem Ausgange.

Die beiden Idiotenanstalten zu Larbert und Baldovan pflegten ihre älteren Zöglinge wegen des Mangels einer besonderen Pflegeanstalt zu behalten, wie es bei uns die meisten Anstalten durch die allmälige Entwickelung der Sache zu thun gezwungen werden. So gingen die Sachen von 1862 bis 1876, als das Irrenamt entdeckte, dass alle Theile das Gesetz gebrochen hatten und dass die Vorsteher ohne gesetzliches Recht Zöglinge über das Alter von 18 Jahren hinaus behielten. Man erbot sich jedoch für beide Anstalten eine Vollmacht zu ertheilen, dass sie fernerhin als Privatirrenanstalten angesehen werden könnten. Die erwachsenen Zöglinge hätten dann nach der von 2 Medicinalpersonen auf Befehl des Landrichteramtes ausgestellten Irrseinsbescheinigung zugelassen und geduldet werden können, während bisher eine Beglaubigung des Schwachsinns von dem medicinischen Director ausgereicht hatte. Dieser Vorschlag wurde indess von beiden Directoren zurückgewiesen. Man hielt es nicht für möglich, die Abneigung eines von Natur hochmüthigen, vorsichtigen und gegen gesetzliche Formen argwöhnischen Volkes gegen ein ausdrücklich auf die Einkerkerung der Irren entworfenes und bezügliches Verfahren zu überwinden, um sich der Erlaubniss zu versichern, einen Schwach- oder Blödsinnigen erziehen zu dürfen. Unter diesen Umständen entliessen die Directoren alle Zöglinge über 18 Jahre und versuchen nun, mit der Erziehung bis zu diesem Alter ihr Bestes zu thun.

In ähnlicher Weise war bei uns einige Jahre früher die gesegnete Wirksamkeit der Anstalt für blödsinnige Kinder in M. Gladbach, betreffend den weiteren Aufenthalt und die Beschäftigung erwachsener Idioten, welche nach dem Durchlaufen des eigentlichen Unterrichtscursus dem öffentlichen Leben nicht zurückgegeben werden können, in Frage gestellt. Die Behörde wies darauf hin, dass die Concession nur für blödsinnige Kinder laute, für ein Asyl für Aeltere durchaus eine besondere Concession nothwendig sei, deren Ertheilung gewichtige Bedenken entgegenständen. Selbst die Ministerialrescripte stellen sich auf denselben Standpunkt, so dass die Anstalt gezwungen gewesen wäre, eben nach Vollendung des Baues eines Asyls und nach vollständiger Einrichtung desselben alle grossjährigen Idioten zu entlassen, wenn nicht noch zuletzt auf ein Immediatgesuch der Verwaltung Allerhöchsten Ortes die Erlaubniss ertheilt worden wäre, auch über das grossjährige Alter hinaus die männlichen Zöglinge in dem Beschäftigungshause zu bewahren und zu verpflegen.

Ich schliesse die Notiz über die schottischen Gesetze mit dem Urtheil des oben genannten Comité's: Man findet in Schottland dieselbe Mischung Irrer und Idioten unter einander zum ernstlichen Schaden beider, und dieselbe Abwesenheit einer gesetzlichen Fürsorge zur Behandlung junger Schwach- und Blödsinniger. Dies rührt davon her, dass die Gesetze zu einer Zeit gemacht worden sind, als man die wirklichen Unterschiede zwischen Irren und Idioten nicht verstand und erkannte.

In Bezug auf Irland schreibt Mr. *Jonathan Pim:* Die Maassregeln zur Hilfe der Idioten und Imbecillen bestanden und bestehen noch einfach darin, dass sie als Verbrecher in Gefängnisse, oder als Wahnsinnige in Irrenhäuser, oder als Arme in Arbeitshäuser eingeschlossen werden können. Eine einzige Anstalt besteht für 43 Idioten.

Im französischen Irrengesetz von 1838, wie in der Ordonnanz vom 18. Decbr. 1839 bezüglich der Anstalten finde ich nirgends eine specielle Erwähnung der Idioten, ebensowenig im Genfer, Niederländischen, Norwegischen und Schwedischen Gesetz, soweit diese Gesetze früher in der Zeitschrift für Psychiatrie zusammengestellt worden sind. Anstalten sind allerdings entstanden, namentlich entwickelt Schweden ein reges Streben in dieser Beziehung.

Im Belgischen Reglement über die Behandlung der Irren von 1850 wird bestimmt, dass wenn die Anzahl der Insassen einer Anstalt 50 übersteigt, dieselben wenigstens in 4 Abtheilungen einzutheilen seien. Die Idioten werden mit Unreinlichen zusammengeworfen. Uebersteigt die Zahl 100 desselben Geschlechts, so sollen die Idioten eine eigene Abtheilung bilden. Dieselben sind wie die Epileptischen soweit möglich zu ebner Erde und vom Centrum der Anstalt entfernt unterzubringen.

In Gheel sind die Idioten als solche von der Aufnahme nicht ausgeschlossen.

Die Gesetze der einzelnen „Vereinigten Staaten von Nord-

amerika" haben mir nicht vorgelegen. Aus einigen Briefen des Vorstehers der New-Yorker Anstalt Mr. *Wilbus* an den Vorsitzenden obigen englischen Comité's, den Lord *Travelyan* und aus Bemerkungen des Dr. *Shuttleworth* [1]) in Lancaster entnehme ich das Folgende:

Als vor längeren Jahren Anstalten für die Irren, Blinden und Taubstummen errichtet wurden, geschah dies durch Privatmittel, in gleicher Weise wurden dieselben durch Privatschenkungen und Legate unterhalten. Nach einiger Zeit begann in verschiedenen Staaten die Unterstützung in der Weise, dass dieselben sich als Entgelt das Privilegium vorbehielten, eine gewisse Anzahl von Stellen mit sogenannten Staatspfründnern zu besetzen. Später wurde dies Princip in den neuen Staaten bei Errichtung von Staatsanstalten beibehalten. Die Kosten für die Gebäude und die laufenden Unterhaltungskosten kamen direct aus dem Staatsschatz.

In der That ist in einigen westlichen Staaten die Fürsorge für die Irren etc. ein Theil der organischen Gesetzgebung. Alle Geisteskranken, reich oder arm, sind Mündel des Staates, alle Taubstummen und Blinden und in einigen Fällen auch die Idioten sind zur Erziehung auf Staatskosten berechtigt. In diesen Fällen werden die Bevollmächtigten durch den Staatsgovernor ernannt.

Wir sind, sagt *Wilbus*, in Amerika stufenweise bis auf den Punkt gekommen, wo für alle abhängigen Klassen der Staat Sorge tragen muss, entweder ganz, oder durch eine Kostenbeihilfe, je nach den Vermögensverhältnissen der Untergebrachten.

Als Resultat haben in den alten Staaten die durch die Gesammtgesetzgebung ausgeworfenen Summen die Privatwohlthätigkeit förmlich ausgedörrt, so dass fast nicht Einer mehr daran denkt, zu solchen milden Zwecken zu geben.

Ursprünglich werden alle Idiotenanstalten als Erziehungsanstalten bezeichnet. Sie schliessen zumeist die Epileptiker, die Missgestalteten und die Irren aus. In Pennsylvanien und Ohio hat man von diesem Princip abweichend eine Pflegabtheilung hinzugefügt. Erstere Anstalt zählte vor 2 Jahren über 200, letztere über 400 Insassen.

In den Staatsanstalten wird kein Unterschied in der Behandlung zwischen Reich und Arm, zwischen bezahlten und von Staatswegen untergebrachten Fällen gemacht. In den von Corporationen controlirten Anstalten werden bisweilen Unterschiede gemacht und wird eine gewisse specielle Bedienung und Pflege eingeräumt.

Nach der Meinung *Shuttleworth's* ist der Effect sorgfältigerer Auswahl und des Ausjätens schlimmer Fälle der Art, dass in den Staatsanstalten im Allgemeinen die physische und psychische Beschaffenheit der

---

[1]) Notes of a Visit to American Institutions for Idiots and Imbeciles. Vergl. *Ireland's* Idiocy and Imbecility.

Insassen einen höheren Durchschnitt erreicht, als in den brittischen Anstalten, demzufolge die Sterbeprocente geringer und die Erfolge des Unterrichts bessere sind. In den Amerikanischen Anstalten kann in der That die Klasse der schwachbefähigten Kinder als überwiegend über die der reinen Idioten erscheinen.

Ich habe die Geduld der hochgeehrten Versammlung lange in Anspruch genommen, weil ich mich nicht auf eine nackte Aufzählung der gesetzlichen Bestimmungen beschränken konnte. Ich musste wenigstens die Motive andeuten, welche dringend eine Vervollständigung jener fordern. Ich könnte mich auch darauf berufen, dass die Idiotenfrage zum grossen Theil ein integrirender Theil der Irrenfrage ist und beide in gewisser Beziehung nur gemeinschaftlich gelöst werden können.

In civil- und strafrechtlicher Beziehung könnte man sich mit den bestehenden Gesetzen zufrieden geben. Der Standpunkt unserer Gesetzgeber, dass Idiotenanstalten blosse Wohlthätigkeitsanstalten seien, ist aber jedenfalls zu beschränkt und einseitig. Ebenso wird es nicht ausreichen, wenn man allein von einem neuen Schulgesetz das Heil erwartet: dasselbe wird aber mindestens den Imbecillen als Unterrichtsfähigen gerecht werden müssen.

Ob es an der Zeit sei, bestimmte Vorschläge zu formuliren, bestimmte Anträge zu stellen, dürfte einer gemeinsamen Erörterung unterliegen.

Die Idiotenfrage ist eine verhältnissmässig junge. Ihre Tragweite kann man nicht nach den marktschreierischen unerfüllbaren Versprechungen Einzelner bemessen. Zum Theil ist sie in exclusiven Händen, die man fortwirken lassen, denen man aber nicht die alleinige Herrschaft überlassen kann. Während die Motive der Nothwendigkeit der Erweiterung der Fürsorge klar liegen, ist man nicht überall über Ziel und Mittel einig.

Ich meine, der hochverehrte Verein wird nur eine Schuld abtragen, wenn er durch Ernennung einer Commission die Vorlagen prüfen und mehren und die Idiotenfrage nicht wieder von der Tagesordnung verschwinden lässt.

Guttstadt als Correferent empfiehlt den Antrag von *Kind*.

Koch weist auf die Schwierigkeiten der Erhebung prozentualer Verhältnisse über Idiotie in Irrenanstalten hin; — er glaube, man solle fragen, wieviel Idioten die Bevölkerung unterbringe, — man mache weniger Fehler, wenn man sage, von 1000 Einwohnern sind untergebracht z. B. 0,15.

Man werde auch annehmen können, dass die Zahl der Idioten weniger differire, als es bis jetzt durch die Erhebungen den Anschein habe.

Guttstadt stellt den Antrag, eine Commission niederzusetzen, die alles Material über die Idiotenfrage sammle, dann für die nächste Versammlung Vorschläge vorbereite in Bezug auf die Unterbringung der Idioten.

Nasse bezweifelt, ob die Zeit eines Jahres ausreichen werde, die Sache so reiflich zu überlegen, dass man Vorschläge darüber machen könne; —

er schlägt daher vor, noch keine Terminsbestimmung festzustellen und wird der Antrag *Guttstadt*'s mit der *Nasse*'schen Modification von der Versammlung beinahe einstimmig angenommen.

Lähr wünscht, den Termin der Commission zu überlassen; sei dieselbe bis zum nächsten Jahre mit ihren Arbeiten fertig, so könne sie ja Vorschläge machen, — man möge also solange die Frage auf der Tagesordnung lassen.

Kind hält es für nöthig, genau zwischen Irren und Idioten zu unterscheiden, — er wünscht, dass man womöglich schon bei der Volkszählung 1880 darauf Rücksicht nehme

Snell sucht den Begriff der Idioten zu präcisiren, was jedoch

Filter der Commission zu überlassen vorschlägt. Die Zahl der Commissionsmitglieder wird auf 5 festgesetzt und werden als solche die Herren *Kind*, *Guttstadt*, *Ideler*, *Cramer* und *Koch* gewählt, denen das Recht der Cooptation überlassen wird.

No. IV. der Tagesordnung fällt wegen Abwesenheit des Referenten aus.

Hierauf wird zur Wahl zweier neuen Vorstandsmitglieder für die ausscheidenden Herren *Nasse* — *Westphal* geschritten. — Von 30 abgegebenen Stimmen entfallen auf Herrn *Nasse* 28, auf Herrn *Westphal* 26 und nehmen beide die Wiederwahl dankend an.

Im Hinblicke auf die kommende Volkszählung erinnert *Nasse*, dass Beschluss darüber gefasst werde, ob man erworbene und angeborene Seelenstörung in eine Rubrik aufnehmen wolle, oder ob, wie dies bei früheren Zählungen stattgefunden habe, beide Rubriken auseinander gehalten werden sollten.

Guttstadt stellt den Antrag: Der Verein solle sich bei den statistischen Behörden von Preussen und dem Reiche verwenden, dass bei der Volkszählung die Geisteskranken berücksichtigt würden, und zwar möge geschieden werden, ob die Seelenstörung angeboren oder erworben sei.

Nasse empfiehlt diesen Antrag sehr, damit nicht unsere statistische Erhebungen unvollkommen bleiben und hinter dem Auslande zurückständen und bittet er, erst darüber abzustimmen, ob der Verein wünsche, dass eine Zählung der Irren zugleich mit der Volkszählung stattfinden solle.

Der Vorschlag wird einstimmig angenommen.

Ferner fragt *Nasse*, ob der Verein sich für die Annahme zweier Rubriken (angeborene und erworbene Seelenstörung) entscheide oder ob alle Seelengestörten in e i n e Rubrik versetzt werden sollten.

Lähr will die Ausscheidung gemacht wissen.

Kind ebenfalls, nur möchte er bei der Rubrik „angeboren" noch den Zusatz angebracht haben: „oder in frühester Kindheit erworben".

Guttstadt theilt diesen Wunsch, ebenso *Nasse*.

Bei der Abstimmung wird die Eintheilung in 2 Rubriken einstimmig angenommen und der Vorstand beauftragt, sich in diesem Sinne an die verschiedenen statistischen Aemter zu wenden.

Bei den nun folgenden Vorträgen wird auf *Nasse*'s Antrag wegen der vorgerückten Zeit auf eine Discussion verzichtet.

VI. *Stark*. Zur Casuistik der Aphasie. — Dr. *Stark* theilt einen Fall mit von Zerstörung beider 3. Stirnwindungen der linken Insel incl. Claustrum und der linken ersten Schläfenwindung bei einem Rechtshändigen durch traumatische Encephalitis, welche ohne Aphasie verlief.

VII. *Jehn* spricht über „die klinischen Aeusserungen der Reaktionszustände acuter Delirien".

Er bezeichnet als solche eine Reihe von Krankheitserscheinungen, welche nach Ablauf des acuten Erregungsstadium beobachtet werden, und welche mit den, der einfachen Manie folgenden, sogen. postmaniakalischen Zuständen Aehnlichkeit haben. Wie diese treten dieselben nicht immer auf — und in ganz verschiedener Ausbildung ihrer Symptome. In Grafenberg wurden seit Eröffnung dieser Anstalt vor 3 Jahren unter im Ganzen ca. 1100 Aufgenommenen 8 Fälle von Delirium acutum beobachtet. Von denselben starben 4 Kranke in dem Excitationsstadium, drei boten in völliger Ausbildung den zu beschreibenden Zustand, in dem letzten Falle waren die Erscheinungen undeutlicher. Beschrieben sind diese Nachstadien ausser einer Bemerkung *Jensen*'s (B. XI. 9 der allgem. Zeitschrift) nicht. Diese Zustände sind durch hervortretende körperliche Symptome vor den einfachen postmaniakalischen Zuständen ausgezeichnet. Sie treten in der 4.—6. Woche nach Einsetzen der Erregung auf und äussern sich

1) in der motorischen Sphäre: durch Starrheit der Gesammtmuskulatur und tetanische Spannung einzelner Gebiete, besonders der Nackenmuskeln; ferner durch leichte aber deutliche atrophische Erscheinungen, die halbseitig und auf einzelne Glieder beschränkt vorkamen.

2) In der vasomotorischen Sphäre: durch Bildung multipler Blasen, hauptsächlich an den Dorsalseiten der Hände und Füsse, — durch Phlegmonen, leichtem Auftreten von Decubitus an den verschiedensten Stellen, auch wo kein Druck angenommen werden konnte; — durch Cyanose einzelner Glieder und Neigung zu Oedemen, die zu raschem partiellen Zerfall der Haut zu führen liebten.

3) In der sensiblen Sphäre: durch völlige Analgesie und Anästhesie, die jedoch vielfach auf Rechnung des begleitenden Stupors kommen mag. Dieser Stupor ist das hervortretendste psychische Symptom. Die äusserst schwachen Kranken scheinen ganz des Vermögens beraubt, überhaupt auf die Eindrücke der Aussenwelt in adäquater Weise zu reagiren, wie wenn die Uebertragung der Sinnesreize auf das Centralorgan gar nicht mehr vermittelt würde.

Dabei besteht aber ein deutlich schmerzlicher Zug des Gesichts und machen die Kranken nicht den Eindruck Blödsinniger. Vielmehr geht ein Zug von Spannung durch das ganze Krankheitsbild und ist dieses Nachstadium eher als ein Contrastbild zu der vorhergegangenen allgemeinen

Erregung aufzufassen. Im weiteren Verlauf kann dasselbe abblassen und dem gewöhnlichen Schwachsinn Platz machen.

Die Dauer der Nachstadien wurde von verschiedener Länge, bis beinahe einjähriger Dauer beobachtet. Es wird die Vermuthung ausgesprochen, dass es sich um einen gewissermaassen zweiten Theil des Krankheitsbildes acuter Delirien handle, deren destructiver pathologisch-anatomischer Charakter und vorwiegende Localisation in Hirnrinde und weichen Häuten durch Ausfall von Rindenbezirken und vielleicht Rückbildungsvorgänge der vorangegangenen Stauung und Entzündung die klinischen Erscheinungen erklären könne.

VIII. *Stüler*, Beitrag zur Chloralwirkung.

Stüler berichtet über 2 in der Heidelberger Klinik beobachtete Fälle, wo bei kräftigen Personen weiblichen Geschlechts, von denen die eine während dreier Monate mit häufigen Unterbrechungen, die andere 7 Tage lang Chloralhydrat in der einmaligen Tagesdosis von 2,0 Gramm erhielt, 20—30 Minuten nach Einverleibung genannter Gabe ganz plötzlich der Tod eintrat. Die Obductionen ergaben keine anatomische Todesursache. In dem einen Falle fand sich dünnflüssiges, lackfarbenes Blut, dessen Gerinnung erst nach mehrtägigem Stehen, und auch da nur mangelhaft, eintrat. Zusatz Gerinnung erzeugender Substanzen zeigte, dass die fibrinoplastische Substanz erhalten, die fibrinogene stark vermindert war.

Blut, welches Kranken, die verschieden lange Zeit Chloral nahmen, im Schlaf mit dem Schröpfschnepper entzogen wurde, zeigte kein abnormes Verhalten. Dieselben Versuche bei Hunden hatten das gleiche Resultat.

Temperaturmessungen nach schlafmachenden Dosen bestätigten die Angaben grösserer Arzneimittellehren, dass ein Abfall der Körperwärme bis zu 1° C. stattfinde; bei einem marastischen Individuum sank die Temperatur um $^{11}/_{10}{}^{0}$ C.

Das in Gebrauch gewesene Chloral war von *Merk* aus Darmstadt entnommen. Es entsprach sämmtlichen in der Pharmakopöe geforderten chemischen und physikalischen Reactionen; sein Preis betrug 7,0 Mark pro Kilo. Nach seiner Anwendung, bei welcher die Tagesgabe von 2,0 nur in Ausnahmsfällen überschritten wurde, stellte sich bei den betreffenden Kranken nach ganz kurzer Zeit schon Rhash, Conjunctivitis und ein eigenthümlicher Geruch der Exspirationsluft ein. Diese unliebsamen Nebenerscheinungen sind ausgeblieben, seitdem das *Liebreich*'sche Chloral verabreicht wird. Der Preis des letzteren ist pro Kilo um 2,5 Mark höher als das des früher bezogenen Präparates.

(Der Vortrag ist ausführlich in den Memorabilien, Jahrgang XXIV., Heft 8. Heilbronn 1879 erschienen.)

Nachdem *Westphal* auf das nach seinen Erfahrungen durchaus bewährte, von *Schering* in Berlin bereitete *Liebreich*'sche Chloralhydrat aufmerksam gemacht, fordert *Nasse* die Collegen auf, zur Sicherung gleichmässiger Wirkung sich sämmtlich dieses Präparates womöglich bedienen zu wollen.

Neu eingetretene Mitglieder des Vereins [1]).

242. *Ackermann*, Director der Cantons-Irrenanstalt Rosegg (Schweiz).
243. *Max Boehme*, Assistenzarzt an der k. Landesanstalt Hubertusburg (Sachsen).
244. *Filter*, Director einer Privatanstalt zu Charlottenburg.
245. *Fischer*, 2. Arzt der Irrenanstalt in Pforzheim.
246. *Freusberg*, Director der Irrenanstalt zu Saargemünd (Lothringen).
247 *Jehn*, 2. Arzt an der Prov. Irrenanstalt zu Grafenberg b. Düsseldorf.
248. *H. Kern*, Arzt an der Idiotenanstalt zu Möckern b. Leipzig.
249. *P. Landerer*, Director der Privatirrenanstalt Kennenburg (Würtemberg).
250. *Stüler*, Assistenzarzt der Irrenanstalt zu Heidelberg.
251. *Weyert*, Sanitätsrath u. Director der Prov. Irrenanstalt zu Owinsk (Posen).

Laehr. Nasse. Stüler. Ullrich. Westphal.

---

[1]) vgl. Bd. XXI. Suppl. S. 66. XXII. 208. 450. XXIV. 720. XXV, 16. XXVI. 706. XXIX. 473. XXX. 578. XXXIII. 59. XXXIV. 108. XXXV. 520.

Literatur.

Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het Jaar 1878, vom Director Dr. *van Persijn*.

Einige Notizen aus dem Bericht über die renommirteste holländische Anstalt Meerenberg bei Bloemendal (Provinz Nordholland) dürfte auch über den Bereich seiner nächsten Adresse hinaus von Interesse sein. Es ist zwar nichts Auffälliges, dass auch aus Meerenberg (wie aus den meisten holländischen und anderen Anstalten) die Klage über zunehmende Ueberfüllung erschallt, doch gewinnt dieselbe an Bedeutung, wenn man die Verhältnisszahl der von der betreffenden Provinz im Ganzen verpflegten Geisteskranken berücksichtigt. Diese beträgt bei Zugrundelegung des Generalberichts der Inspectoren über den Zeitraum 1869—1874 gegenwärtig sicher nicht weniger als 1,40 pro mille Einwohner. Trotz dieser relativ grossen Zahl Verpflegter kann das Bedürfniss noch nicht gedeckt sein, da unter den Aufgenommenen 60 pCt. bereits länger als ein Jahr krank waren. Meerenberg ist aber ausser der nur für Israeliten bestimmten Anstalt zu Amsterdam die einzige Provinzialanstalt für Nordholland. Da kein Grund vorliegt, anzunehmen, dass hier die Zahl der Irren grösser ist als in andern Ländern und Provinzen, so zeigt auch dieses Beispiel wieder, dass auf unbestimmte Zeit hinaus das Bedürfniss nach systematischer Verpflegung der Geisteskranken über das Verhältniss der im Allgemeinen wachsenden Bevölkerungszahl hinaus zunehmen muss.

Der Bestand am 1. Jan. 1878 betrug in Summa 817. Aufgenommen während des Jahres wurden 201. Davon waren 20,9% voraussichtlich heilbar. Genesen entlassen wurden 47, Männer 19%, Fr. 27,3%; es starben 39 oder 8,7% der im ganzen Jahre Verpflegten; Bestand Ende des J. 843.

Eine erwähnenswerthe Neuerung wurde eingeführt, dass nämlich zu den 4 Aerzten der Anstalt ein fünfter als Prosector angestellt wurde. Auf den ersten Blick hat die Ernennung eines eigenen Prosectors an einer Irrenanstalt für den deutschen Beurtheiler etwas Ueberflüssiges. Auch muss es schwer sein, seine Thätigkeit, die sich nicht auf das unmittelbare Anstaltsinteresse erstreckt, harmonisch in den Anstaltsdienst einzuordnen.

Wird ein solcher Prosector allein für die Wissenschaft, oder zugleich auch für die Anstalt und die wissenschaftliche Anregung seiner Collegen, oder wird er endlich wesentlich für sich allein da sein? Auch das letztere wäre in dem Sinne nicht unberechtigt, als dadurch eine günstige Uebergangsstellung für einen Jünger der Wissenschaft geboten sein könnte. Dass die Einrichtung eine sehr nützliche sein kann, zumal in der gegenwärtigen Entwickelungsphase der Psychiatrie, ist gewiss. Es wird interessant sein, die Probe der Praxis auf dieselbe kennen zu lernen.

Der Bericht theilt einen Fall von Vergiftungswahn mit, der unter dem Einfluss einer Angina mit Otitis interna und serös eitrigem Ausfluss aus dem äusseren Gehörgang sich besserte und dann zur völligen Genesung gelangte. Ferner trat eine auffällige Genesung ein in einem Falle von starker primärer Verwirrtheit, nachdem die unehelich geschwängerte P. von einem todten Kinde entbunden worden war.

Die Jacke ist in Meerenberg seit einer Reihe von Jahren nicht gebraucht worden. *Schaefer.*

Kleinere Mittheilungen.

In der Reichsstrafprocessordnung — (in Kraft getreten am 1. Oct. 1879) betreffen das Verfahren gegen Geisteskranke folgende Stellen:

§ 203 (Einstellung des Verfahrens). Vorläufige Einstellung des Verfahrens kann beschlossen werden, wenn dem weiteren Verfahren Abwesenheit des Angeschuldigten oder der Umstand entgegensteht, dass derselbe nach der That in Geisteskrankheit verfallen ist.

§ 250 Abs. 1 (Verlesung des Protokolls über die früheren Aussagen einer in Geisteskrankheit verfallenen Person). Ist ein Zeuge, Sachverständiger oder Mitbeschuldigter verstorben oder in Geisteskrankheit verfallen, oder ist sein Aufenthalt nicht zu ermitteln gewesen, so kann das Protokoll über seine frühere richterliche Vernehmung verlesen werden.

§ 485 Abs. 2 (Aufschub der Todesstrafe). An schwangeren oder geisteskranken Personen darf ein Todesurtheil nicht vollstreckt werden.

§ 487 Abs. 1. Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurtheilte in Geisteskrankheit verfällt.

§ 81 (Unterbringung in einer Irrenanstalt behufs Begutachtung des Geisteszustandes). Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Vertheidigers anordnen, dass der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde.

Dem Angeschuldigten, welcher einen Vertheidiger nicht hat, ist ein solcher zu bestellen.

Gegen den Beschluss findet sofortige Beschwerde statt. Dieselbe hat aufschiebende Wirkung.

Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

Querulantenwahn. — Der Fleischwaarenhändler X. war wegen öffentlicher Beleidigung von Schutzleuten resp. Polizeilieutenants in sieben Fällen, wegen zweier nicht öffentlicher Beleidigungen von Angehörigen derselben

Beamtenkategorie, wegen Widerstandes gegen die Staatsgewalt, speziell gegen Schutzleute und einen Polizeilieutenant und wegen Hausfriedensbruchs, verübt auf dem Polizeibureau, in Summa wegen 13 verschiedener Vergehen angeklagt worden. Letztere entsprangen augenscheinlich aus einer stark ausgeprägten Manie des Angeklagten, seiner Erbitterung gegen die Polizei beim Anblick einer Polizeiuniform durch drastische Pantomimen, Ausspucken etc. oder durch laute Schimpfereien Luft zu machen. Schon bei der Voruntersuchung waren vornherein Bedenken eingetreten, ob X. bei Begehung der qu. Handlungen sich in einem Geisteszustande befunden hätte, der ihm die Folgen derselben zu erkennen gestattete, jedoch nahm der erste Richter dies auf Grund eines gerichtsärztlichen Gutachtens an, indem letzteres bei dem Angeklagten nur einen Gemüthszustand constatirte, der ihn gegen Affecte widerstandlos macht, dass er, zum Zorn hingerissen, unfähig gemacht wird, die Folgen seiner Handlungen zu ermessen. Indem also der erste Richter aus dem qu. Attest noch keine krankhafte Störung der Geisteskräfte entnahm, verurtheilte er ihn wegen der 13 Vergehen zu 200 Mrk. Geldstrafe, indem er die Unbescholtenheit und eigenthümliche Gemüthsrichtung als strafmildernd in Betracht zog. Die Staatsanwaltschaft appellirte, indem sie die Strafe für zu gering und mindestens 5 Monate Gefängniss für angemessen erachtete. Ober-Staatsanwalt Barschdorf führte nun im Audienztermine vor dem Kammergericht aus, dass der erste Richter zu Unrecht den Angeklagten wegen Beleidigung verurtheilt hätte, indem nämlich gar kein Strafantrag der Beleidigten vorgelegen habe und auch die Art und Weise jeder einzelnen Beleidigung nicht vorher constatirt sei. Ebensowohl formell wie materiell sei also die Feststellung des ersten Richters nicht zutreffend. Dagegen bliebe der Thatbestand der übrigen Vergehen erwiesen und rechtfertige sich dafür eine Strafe von 3 Monaten Gefängniss. Dem gegenüber nahm sich Rechtsanwalt Deycks seines Clienten X. in energischer Weise an, indem er ausführte, dass derselbe thatsächlich bereits vor 13 Jahren wegen Geisteskrankheit vom Militair entlassen worden sei und sich später mehrmals in einer Irrenanstalt befunden habe. Wer fortgesetzt ohne äussere Veranlassung immer denselben Ausbrüchen einer krankhaften Geistesrichtung verfalle, könne eben nicht mehr für geistig gesund und für zurechnungsfähig erachtet werden. Es rechtfertige sich also der Antrag, den Angeklagten von Gerichtswegen der Beobachtung eines specialverständigen Arztes zu übergeben. Nun ergriff auch der Angeklagte das Wort zu einem längeren Vortrage, der den Ober-Staatsanwalt sofort bewog, seinen Antrag zurückzunehmen und sich dem der Vertheidigung anzuschliessen. Auch der Gerichtshof that dasselbe, und so dürfte sich also der Schlussact der ganzen Sache überhaupt nicht mehr auf dem Parquet des Gerichtssaales abspielen. Voss. Ztg. No. 323 v. 1879.

Selbstmord-Statistik in Preussen. — Das neueste Heft des amtlichen Quellenwerkes „Preussische Statistik“ bringt als Beiträge zur Medicinalstatistik des preussischen Staates und zur Mortalitätsstatistik der Bewohner desselben für das Jahr 1877 auch ausführliche Mittheilungen über die Selbstmorde. Die Thatsache, dass die Zahl der Selbstmorde seit 1874, dem Eintritt der allgemeinen Krise auf allen Gebieten des wirthschaftlichen Lebens, von Jahr zu Jahr zugenommen hat, dürfte deutlich genug auf den innern Zusammenhang beider Erscheinungen hinweisen; durch den Umstand, dass fast ein Viertel aller Selbstmorde im Zustand der Geistesumnachtung ausgeübt wird, wird dies nur bestätigt, da bei so vielen geisteskranken Selbstmördern der Ursprung ihrer Krankheit in gestörten Hoffnungen, in Kummer und Noth zu suchen ist. Die geringste Anzahl von Selbstmorden kam im Jahre 1871, die grösste aber im Jahre 1877 vor. Es hat die Zahl der Selbstmorde von 1871 bis 1877 um 59 pCt. zugenommen, bei den Männern aber viel stärker als bei den Weibern; denn bei ersteren beträgt die Zunahme 63 pCt., bei den letzteren hingegen nur 42,8 pCt. Im Durchschnitt der letzten zehn Jahre kann man sagen, dass vier Mal mehr Personen männlichen Geschlechts durch Selbstmord aus dem Leben scheiden als solche weiblichen Geschlechts; es ist dies ein Verhältniss, welches sich im Ganzen sehr wenig veränderlich zeigt. Geringer stellt sich die Zunahme der Selbstmorde, wenn nicht die absoluten Zahlen verglichen werden, sondern untersucht wird, ein wie grosser Theil der Bevölkerung durch Handanlegung an sich selbst gestorben ist. Aber auch in diesem Falle beträgt die relative Zunahme seit 1873 immer noch mehr als die Hälfte, und das Bedenkliche dieser Wahrheit wird noch gesteigert durch den Umstand, dass die Vermehrung unserer Bevölkerung in jenem Zeitraume allein durch den Ueberschuss der Geburten über die Sterbefälle hervorgerufen worden ist, dass also der Theil der Bevölkerung, bei dem die Selbstmorde fast ausschliesslich vorkommen, viel schwächer zugenommen hat. Von den weiblichen Personen standen verhältnissmässig mehr in den jüngeren Jahren, als dies bei den männlichen der Fall war. Den Altersklassen bis zu 40 Jahren gehörten von den weiblichen Selbstmördern 51,3 pCt., von den männlichen nur 40,6 pCt. an; vom 60. Lebensjahre an ist das Verhältniss bei beiden Geschlechtern fast dasselbe. Die Neigung zum Selbstmorde bleibt bei den Männern in dem Alter von 20 bis zu 40 Jahren sich ziemlich gleich, in dem Alter von 15 bis 20 Jahren ist sie nur halb so stark, vom 40. bis zum 70. Jahre steigert sie sich aber auf mehr als das Doppelte, so dass die Häufigkeit des Selbstmordes bei den Männern im Alter von 50—70 Jahren fünf Mal grösser ist als im Alter von 15—20 Jahren. Bei dem weiblichen Geschlecht ist der Hang zum Selbstmord in den einzelnen Altersklassen keineswegs so verschieden, er beträgt in dem höheren Alter nur das Doppelte von der im jüngeren Alter. Vergleicht man die Zahlen der Jahre 1871 und 1876 miteinander, so ist im letzteren die Zunahme der Selbstmorde in den älteren Jahresklassen eine höhere als in den jüngeren. Das Jahr 1877

hingegen zeigt wiederum eine stärkere Zunahme der Selbstmorde in jüngeren Jahren. Der Grund für die Erscheinung, dass im Vergleich mit dem männlichen Geschlechte die Neigung des weiblichen Geschlechts zum Selbstmord in den jüngeren Jahren stärker ist als in dem späteren Alter, ist in der Verschiedenheit der Gründe zu suchen, welche die beiden Geschlechter zum Selbstmord treiben; bei dem weiblichen Geschlechte sind die Beweggründe zum allergrössten Theil seelischer Art, die im jüngeren Alter mehr Herrschaft über den Menschen haben als in den späteren Jahren; bei den Männern hingegen führt weniger die Zerrüttung des Geistes als die des Körpers zum Selbstmord. Der der Zahl nach häufigste Beweggrund zum Selbstmord ist Unzurechnungsfähigkeit, die beim weiblichen Geschlecht doppelt so oft die Ursache ist, als beim männlichen. Besonders zahlreich tritt im Jahre 1877 als Beweggrund der Kummer auf, der 665 Menschen zum Selbstmord veranlasst hat, gegen 237 im Jahre 1873.

Selbstmorde. — Lippstadt, 26. Mai. Einen Selbstmord grässlicher Art verübte vor einigen Tagen die Frau eines hiesigen Seifensieders, welche schon seit längerer Zeit an Geistesstörung litt. Das Dienstmädchen sah des Morgens früh, wie die Frau in die Küche eilte. In der bangen Ahnung, die Frau wolle sich etwas zu Leid thun, da sie schon Tags vorher Aeusserungen hatte fallen lassen, die auf Selbstmordabsichten schliessen liessen, lief das Mädchen der Kranken nach und sah, wie die Arme sich in den auf dem Heerd stehenden Kessel voll siedender Seife stürzen wollte. Das Mädchen versuchte, die Frau zurückzuhalten, doch gelang es ihr nicht, und die Unglückliche stürzte in die Gluth. Nachdem das vor Schreck fast gelähmte Mädchen Hülfe herbeigeholt, war die Arme schon todt. —

In den ersten Tagen des Monats October wurde, wie wir seiner Zeit mittheilten, in dem sogenannten Fenngraben zwischen Schöneberg und Wilmersdorf die Leiche einer feingekleideten Dame aufgefunden, die mit dem Kopfe in dem seichten Wasser lag und so an Erstickung ihren Tod gefunden hatte. Alle Bemühungen, die Persönlichkeit der Todten festzustellen, blieben damals ohne Erfolg, obgleich die Verstorbene eine goldene Damenuhr mit Kette und mehrere Ringe an sich hatte. Jetzt endlich ist die Verstorbene an den Werthsachen als die Ehefrau eines hiesigen Conditors recognoscirt worden. Dieselbe war gemüthskrank, wiederholt zur Kur in einer Heilanstalt und lebte von ihrem Ehemanne getrennt. Zu ihrer fixen Idee gehörte die Furcht, dass sie überfahren werde, und deshalb suchte sie stets solche Strassen auf, in denen wenig Fuhrwerk verkehrte.

(Voss. Ztg. No. 344.)

Am 11. Februar Morgens versuchte ein Arbeiter in seiner Wohnung auf der Lausitzerstr. in Geistesstörung sich dadurch das Leben zu nehmen, dass er sich selbst mit einem Handbeile mehrere Hiebe in den Kopf bei-

brachte. Er wurde mit lebensgefährlichen Verletzungen nach Bethanien gebracht. (Voss. Ztg. No. 46.)

Am 12. Juli hat sich die Frau eines in der Langenstr. wohnenden Kaufmanns in der Nacht, während ihr Mann in derselben Stube schlief, mittels eines an einem Fensterriegel befestigten Bindfadens in halb knieender, halb stehender Stellung erhängt. Wiederbelebungsversuche erfolglos. Die Frau litt seit Jahren an Geistesstörung.

Curpfuscherei in der Rheinpfalz. — Hier giebt es einen ganz gewöhnlichen Schmied, der sich seit 2 Jahren als Specialist für Geistes- und Gemüthskrankheiten etablirt und annoncirt hat und in seiner Annonce die officielle Bekanntgabe des Reichskanzleramtes, dass man nach den heutigen Gesetzen ihm seine Niederlassung und Betreibung dieses Gewerbes nicht untersagen könne. (Aerztl. Vereinsblatt. 1879. No. 87.)

Psychiatrische Klinik in Freiburg. — Prof. *Bäumler* hält dieselbe in Gemeinschaft mit Privatdocenten Dr. *Kirn* wöchentlich in 3 Stunden. Hinreichendes Material ist im klinischen Hospitale und in der Kreispflegeanstalt vorhanden. *Bäumler* und *Thomas* haben an der med. Klinik und Poliklinik je 1 St. wöchentlich und die chirurg. Klinik 1 Stunde für diesen Zweck hergegeben.

Aus Schwerin. — Die Irren-Pflegeanstalt zu Dömitz soll mit der Heilanstalt Sachsenberg vereinigt werden. Man hat dazu mit dem Bau zweier neuen Gebäude auf dem zu Sachsenberg gehörigen Terrain begonnen, von denen eines der Aufnahme unheilbarer Männer, das andere für die Frauen dienen soll. Die neuen Gebäude sind unter Dach gebracht und werden im nächsten Sommer bezogen werden.

Mordanfall auf einen Anstaltsarzt. — *Dufour,* dirig. Arzt der Irrenanstalt St. Robert, machte seine Visite, als ein Irrer, der im Arzte einen bösen Geist sah, der täglich ihm sein Irrsein bringe, ihm 2 Messerstiche beibrachte, den einen über dem Unterkiefer und den anderen in der Schläfengegend. Le Temps 1879. 6 Nov.

Tod eines Irren durch seinen Begleiter. — Zu Etrells wurde ein gewisser Quintin von einem Tobsuchtsanfall ergriffen und verwundete schwer einen Nachbar. Man übergab ihn gebunden dem Maire. Ein Beamter sollte ihn nach Vitré bringen. Der Kranke zerriss die Banden, warf sich auf jenen

und schlug ihn. Ein Kampf entstand. Der Beamte, im Begriff zu unterliegen, zog den Revolver, schoss 5 Mal ab, traf 2 Mal und verursachte seinen Tod. (Ann. méd. psych. Sept.)

Preisaufgabe.

Prix Falret. — De la folie désignée sous les dénominations de folie circulaire, folie à double forme, folie à formes alternes.

Möglichst viel klinische Beobachtungen. 1500 frcs. Einzureichen in franz. oder lat. Sprache an die Academie de medecine vor dem 1. Juli 1880.

Personal-Nachrichten.

Dr. *Pelman*, Director der Prov.-Irrenanstalt Grafenberg, Regbz. Düsseldorf, ist zum Sanitätsrath,

Dr. *Schlager*, Reg.-Rath u. Director der niederösterreichischen Landes-Irrenanstalt ist zum Mitgliede des Obersten Sanitätsraths in Oesterreich auf die Dauer von 3 Jahren ernannt worden.

Dr. *Finkelnburg*, Geh. Med.-Rath, Professor u. Mitglied des Reichsgesundheitsamtes in Berlin hat den rothen Adlerorden 4. Kl.,

Dr. *Ast*, Director der Irrenanstalt zu Schussenried (Würtemberg) das Ritterkreuz II. Kl. der würtembergischen Krone,

Dr. *Levinstein*, Geh. San.-Rath und Director des Maison de santé in Schöneberg das Ritterkreuz I. Kl. des sächs. Albrechtsordens und das Ritterkreuz II. Kl. des ernestinischen Hausordens erhalten.

Dr. *Schlager*, Reg.-Rath u. Director der Landes-Irrenanstalt in Wien, erhielt in feierlicher Uebergabe das Bürgerdiplom der Stadt Wien.

Dr. *J. Weiss*, Assistent an Prof. *Leidesdorf*'s Klinik, hat sich als Docent der Psychiatrie an der Univ. Wien habilitirt.

Dr. *Peretti*, Assistenzarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Andernach, ist zum 2. Arzte,

Dr. *Schuchardt* zum Assistenzarzte daselbst,

Dr. *Feldkirchner*, 1. Hilfsarzt der Kreisirrenanstalt Klingenmünster, ist zum 2. Arzte,

Dr. *Eckhard*, 2. Hilfsarzt zum 1. Hilfsarzt daselbst,

Dr. *Siebert*, aus Hadamar, zum 2. Hilfsarzt daselbst gewählt worden.

Dr. *Boettger*, Director der Privatheilanstalt Carlsfeld bei Halle a. S. ist am 17. August gestorben.



Beitrag zur Frage: „Was können wir von einer rationellen Ernährung unserer Kranken erwarten?“

Von

Dr. v. Gellhorn,

Director der Prov.-Irrenanstalt zu Ueckermünde.

Es sei mir gestattet, ein Thema, welches bereits von Herrn Collegen *Fränkel*[1]) in Bernburg kürzlich Berücksichtigung gefunden hat, auch an dieser Stelle zur Besprechung zu bringen, da es von der Hygiene ziemlich überall noch stiefmütterlich behandelt wird. Wenn man sich, zumal in öffentlichen Anstalten bemüht, die Kranken unter solche Bedingungen zu bringen, welche schädliche Einflüsse möglichst von ihnen abhalten sollen, so vernachlässigt man doch zumeist diejenigen Maassregeln, welche unsre Kranken gegen schädliche Einflüsse widerstandsfähiger zu machen geeignet sind. — Man ventilirt, desinficirt, canalisirt, sorgt auch wohl für gutes Trinkwasser, — von der Ernährung aber ist selten einmal die Rede. — Und doch hat gerade die Hygiene der Irren-Anstalten ausser den oben im Allgemeinen angedeuteten Zwecken, auch den andern Zweck im Auge zu halten, der in dem Satz sich zusammenfasst: in corpore sano mens sana. —

Wenn wir auch nicht dem Ausspruche jener krassen Materialisten: „Wie der Mensch isst, so denkt er!“ unbeschränkt beistimmen, so wird doch Jeder zugeben, dass durch die Er-

---

[1]) Statistisches über den Einfluss der Beköstigung und der Paralyse auf die Sterblichkeit der Irren. *H. Laehr*'s Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie. Band 36. Heft I.

nährung des Körpers die Functionen des Gehirns beeinflusst, auf Geist und Stimmung eingewirkt werden könne.

Wir haben in der Ernährung des Körpers also ein therapeutisches Hilfsmittel in der Hand, welches wir in der Erkenntniss, dass die Kraft vom Stoffe abhängig, allen Grund haben, bei der Behandlung von Geisteskranken zu berücksichtigen.

Wenn ich auch zugeben mus, dass die Ernährung in den öffentlichen Irren-Anstalten für die niederen Classen, denn um diese handelt es sich ja besonders, eine ausreichende ist, so glaube ich doch nicht zu viel zu sagen mit der Behauptung, dass sie nicht immer eine zweckmässige, eine rationelle ist.

1. Nicht selten wird gefehlt in dem Verhältniss der Menge der gereichten Eiweissstoffe und Kohlenhydrate. Nach Prof. *Voit* in München soll dieselbe für einen mittleren Arbeiter 1:5 betragen, so dass, wenn wir Anstalten begegnen mit mittleren Verhältnissen von 1:5—5,2 bei genügender Menge Eiweiss. — wir meinen, dass sie Luxus treiben in der Verabreichung von Kohlenhydraten, während Fett oft nicht genügend verabreicht wird.

2. Ist die tägliche Menge der Eiweissstoffe, Fette und Kohlenhydrate, wenn auch die Gesammtmenge, welche davon in einem gewissen Zeitabschnitte gereicht wird, genügen mag, eine sehr ungleiche; — es variirte beispielsweise in unserm alten Speiseregulativ in den Mittagsmahlzeiten der Gehalt an Eiweiss von 25—83, an Fetten von 1,7—49,5, an Kohlenhydraten von 78—169, während *Voit* für die Mittagsmahlzeit eines mittleren Arbeiters ansetzt 59—34—160. Es ist einleuchtend, dass diese Ungleichheit einem normalen und regelmässigen Verdauungs- und Ernährungsvorgange zuwider ist; ganz abgesehen davon, dass eine Kost mit geringer Schmalzung unmöglich eine wohlschmeckende sein kann.

3. Wird auch öfter auf eine schmackhafte Zubereitung des Essens zu wenig Rücksicht genommen, was namentlich die Kranken aus besseren Lebenslagen unangenehm empfinden. Man hat da oft an der Mittagstafel den Tadel zu hören: „Zusammengekochtes Essen" —, zu geschweigen von anderen Kraftausdrücken. Und in der That wird eine breiartige Consistenz,

wie sie zusammengekochtes Essen eben hat, sehr bald widerwärtig und von den Kranken wenig genossen. Diesem Uebelstande ist zunächst durch Verabreichung èiner Suppe vor der Mahlzeit abzuhelfen, welche überdies, wenn sie mit Fleischbrühe bereitet, den Magen zum Verdauungsgeschäft angemessen vorbereitet. Auch lassen sich eine gute Fleischbrühsuppe und ein gutes Stück Fleisch hinterdrein bei rationeller Zubereitung[1]) vereinigen. Zum Andern darf man nicht dulden, dass Kartoffeln und Gemüse resp. Hülsenfrüchte zusammengekocht werden, sondern jedes für sich und muss dem Kranken überlassen nach Belieben auf seinem Teller zu mischen.

4. Werden die Pflegeanstalten an manchen Orten geringer beköstigt, während aus ihnen doch geräde der grössere Theil unserer Arbeiter im Dienste der Anstalt sich rekrutirt.

Alle diese Umstände, welche, wie ich offen gestehe, alle als Uebelstände in unsrer alten Verpflegung bestanden, veranlassten mich im Laufe des Jahres 1876 mit Genehmigung des verstorbenen Herrn Landesdirectors Dr. *v. Heyden-Linden*, der sich lebhaft dafür interessirte, ein Speise-Regulativ nach den von Prof. *Voit* in München aufgestellten Grundsätzen für die Beköstigung der zweiten Classe auszuarbeiten (wir haben bloss zwei Classen), welches am 1. Januar 1877 in's Leben trat.

Darnach erhalten die männlichen Kranken:

$$\begin{array}{ccc} \textbf{Eiweiss} & \textbf{Fett} & \textbf{Kohlenhydrate} \\ 122{,}4 & \overbrace{71 \qquad 475{,}3}^{595} & \end{array}$$

also fast genau, was *Voit* für einen Arbeiter im Mittel (von 60 Kgr.) verlangt: $118 - \overbrace{56 \quad 500}^{595}$, wobei, um auch zum Brode genügendes Fett zu geben und zugleich der Vorschrift *Voit*'s einigermaassen nachzukommen, nämlich an den Stärkemehlsubstanzen lieber abzubrechen und bei Fett zuzugeben, die 25 Kohlenhydrate mehr in 15 Fett (1,7 gleich 1 Fett) umgesetzt wurden.

---

[1]) Vergleiche Dr. *Joseph Wiel*, diätetisches Kochbuch.

Es entfallen davon auf die Mittagsmahlzeit im Durchschnitt von 36 Mittagsgerichten: 56,8—32,2—163 (nach *Voit:* 59—34—160), wobei Differenzen von resp. 23—19—58 Grammen die Grenzwerthe bilden. Doch sind dabei, da der Pommer zum Mittag kein Brod isst, die 80 Gramm Brod, die *Voit* für den Mittag annimmt, durch andere Stoffe ersetzt.

Die Abendkost enthält im Durchschnitt von 14 Mahlzeiten incl. 200 Gramm Brod und 12,5 Gramm Butter: 31,7—27,4—147,8 mit Differenzen von resp. 15—10—34. — Es ist nun Aufgabe einer zweckmässigen Zusammenstellung der Mittags- und Abendkost die Differenzen auszugleichen; wo ein Manco zum Beispiel an Eiweiss Mittags stattfindet, dies durch ein passend gewähltes Abendgericht wieder auszugleichen. — Die noch zur Tagesration fehlenden Mengen an Eiweiss, Fetten und Kohlenhydraten sind im Frühstück, zweiten Frühstück und Vesperkaffee enthalten.

Die Frauen erhalten, ihrem niederen Körpergewicht, welches im Mittel 52 Kgr. betrug, entsprechend dasselbe an Mittags- und warmer Abendkost, nur verringert sich ihr Gesammtquantum auf: $102—\overbrace{62 — 364,9}^{469}$. Verhältniss der stickstoffhaltigen zu den stickstofffreien Substanzen: 1 : 4,6, da sie statt 400 Gramm Brod und 25 Butter nur 200 und 15 Butter empfangen. Es kommt, was viele Frauen an warmer Kost weniger essen, den Männern zu Gute, welche bei einem Durchschnittsgewicht von 63,6 Kgr. eigentlich haben müssen nach *Voit:* $125—\overbrace{59,3 — 530}^{630}$ oder besser $125—\overbrace{77,3 — 500}^{630}$, da *Voit* nicht gern über 500 Stärkemehl hinausgeht, um den Darm nicht übermässig zu belästigen; statt dessen lieber Fett giebt. Sieche werden natürlich zu genügender Ernährung noch geringere Sätze als die Frauen bedürfen.

Die Kosten dieser Verpflegung berechnen sich pro Kopf und Tag für Männer auf 67,5, für Frauen auf 60,3 Pf. Heil- und Pflegeanstalt werden gleich beköstigt. Der Durchschnittssatz pro Kopf aller Kranken, nebst Beamten und Dienstpersonal beträgt pro Tag 74,7 Pf. Für Kranke der Heilanstalt sind

bei 300 Krankenbestand noch 3000 Mk. für Extra Nahrungs- und Genussmittel ausgeworfen. Davon erhalten auch die Arbeiter während der Ernte, ebenso die im Waschhause sich beschäftigenden Frauen Zulagen an Brod und Fett, so dass beispielsweise die waschenden Frauen gleich den Männern beköstigt werden.

Vergleichen wir nun die Erfolge unserer rationellen Verpflegung mit denen aus der Zeit, wo dieselbe noch nicht bestand, so haben wir zu dieser Vergleichung für unsere Verhältnisse das erste Etatsjahr 1876 nach Eröffnung der Anstalt, während welcher die Verpflegung nach den damals in der Hallenser Anstalt bestehenden Verpflegungssätzen geschah, wonach z. B. die Pfleglinge dreimal die Woche Fleisch erhielten.

Richten wir unsere Aufmerksamkeit zunächst auf die Sterblichkeit vor und nach Einführung der verbesserten Verpflegung, so stehen sich nach der Zahl der Verpflegten in Procenten ausgedrückt gegenüber 8,6% im Jahre 1876 gegen 7,7% pro 1877 resp. 5,4% pro 1878/79 [1]).

Scheiden wir nun unter den Gestorbenen die Paralytischen aus, deren grössere oder geringere Zahl, als unvermeidliche Todescandidaten, die Mortalitätsstatistik der Anstalten wesentlich beeinflusst, so erhalten wir sogar 6,4—4,4% und 3%, also allerdings ein wesentlich besseres Resultat zu Gunsten der Jahre, in welchen bessere Verpflegung stattgefunden.

Gehen wir nun über zum Gesundheitszustand in der Anstalt vor und nach Einführung der besseren Verpflegung, so begegnen wir im Jahre 1876 einem recht ungünstigen. Es kam vor 6 Erisypelas, von denen 4 tödtlich verliefen, 1 Periparotitis mit Tod, 1 maligne Phlegmone mit Tod, 2 Dysenterien mit Tod, ausser 6 Typhusfällen mit einem Todesfall. Und zwar vertheilten sich diese Krankheiten auf das ganze Jahr, so dass von einem epidemischen Auftreten kaum gesprochen werden kann. Auch bereits im November 1875 fand ein Todesfall an Ruhr statt.

Im Jahre 1877 begegnen wir nur 2 Fällen von Periparo-

---

[1]) Nach dem Durchschnitts-Bestande ausgedrückt betrug die Sterblichkeit 14—11,2—7,7% in den entsprechenden Jahren.

titis und zwar nur im ersten Monat des Jahres, neben zwei Typhusfälle, welche alle gut verliefen.

1878/79 kamen vor zwei Typhen, drei Dysenterien mit 1 Todesfall.

Wenn selbstverständlich die schlechtere Beköstigung im Jahre 1876 nicht direct für das häufige und perniciöse Auftreten obengenannter Krankheiten verantwortlich gemacht werden kann, so ist doch zu constatiren, dass von den 10 Fällen von Zellgewebsentzündungen und Ruhr, 7 der Pflege-Anstalt, also den noch ungünstiger verpflegten Kranken angehörten, desgleichen von den 8 stattgehabten Todesfällen, 5 den Pfleglingen zufallen.

Heil- und Pflege-Abtheilung lag damals noch in einem Hause neben einander, nur durch eine Zwischenthür getrennt.

Suchen wir nach directen Schädlichkeiten für genannte Krankheiten, so könnten dieselben bestanden haben: erstens in Ueberfüllung der Krankenräume. — Es war in der That — da im ersten Jahre nur die Hälfte der belegbaren Räume fertig standen — wenigstens in der Mitte des Jahres — schon eine gewisse Ueberfüllung gegen den anfänglich bestehenden Belegungsplan vorhanden, doch sind die Sätze desselben später erhöht und in den letztvergangenen Jahren die einzelnen Abtheilungen höher belegt gewesen, als zur Zeit des Auftretens jener perniciösen Erkrankungen. — Selbst bei einer in Aussicht genommenen Belegung mit 350 Köpfen kommen immer noch pro Kopf 19 Cbm. Luftcubus auf den Tagesraum, 22,5 Cbm. für den Schlafraum und wir erfreuen uns auch in diesem Jahre, obwohl die Krankenzahl bereits 300 Köpfe erreicht hat, eines recht guten Gesundheitszustandes. Als eine weitere Schädlichkeit könnte man ansprechen den Neubau. Indess machten sich niemals im Bau directe Zeichen zu früh bezogener Räume bemerkbar; auch blieben im Jahre 1877, wo die inzwischen fertig gestellten Räume bezogen waren, die daselbst einlogirten Kranken von allen oben genannten Krankheiten verschont, obwohl diese Räume, da später begonnen, auch nicht länger leer gestanden hatten. — Dass übrigens im Bau keine Uebereilung stattgefunden, mag der Umstand beweisen, dass derselbe im Jahre 1871 begonnen und erst 1875 resp. October 1876 bezogen wurde.

Wenn demnach die Entscheidung, was den schlechten Gesundheitszustand und die vielen Todesfälle des Jahres 1876 verschuldet, eine offene bleibt, überhaupt das Bestehen von gesundheitswidrigen Schädlichkeiten nur in ihren Wirkungen erkannt, und auch nicht bewiesen ist, dass, obwohl unter anderen Verhältnissen die Wirkungen ausblieben, die Schädlichkeiten in den anderen Jahren nicht bestanden, — ja, sie machten sich sogar Anfangs 1877 noch bemerkbar (2 Fälle von Periparotitis), so ist wohl der Schluss nicht unberechtigt, dass eben durch diese anderen Verhältnisse, nämlich durch die bessere Ernährung die Kranken gegen gesundheitsschädliche Einflüsse eine grössere Immunität resp. grössere Resistenz besassen als vorher; denn es ist ja bekannt, dass zur Entstehung einer Infections-Krankheit bei einem Individuum ausser den durch meteorologische Verhältnisse gegebenen Bedingungen noch die persönliche Disposition des Individuums hinzutreten muss.

Betrachten wir nun das Verhältniss der Genesenen und Gebesserten, so finden wir im Jahre 1876: 46% Geheilte und Gebesserte von den überhaupt praesumptiv heilbaren Formen — dagegen von 224 Verpflegten überhaupt geheilt und gebessert Entlassenen: 13,4% — dagegen stellt sich in den Jahren 1877 und 1878/79 das Procentverhältniss der von den heilbaren Formen geheilt und gebessert Entlassenen auf 50% in beiden Jahren; auf 16,8% resp. 18% von überhaupt Entlassenen excl. der Ungeheilten. — Die geringere Ziffer von 13,4% resultirt wohl daher, dass nach Eröffnung der Anstalt von den secundären Formen, einestheils sehr viel alte, selbst einer Besserung unzugängliche Formen zugingen, anderentheils solche Formen noch nicht lange genug in der Anstalt waren, um eventuell eine Besserung zu erfahren.

Eine Vergleichung der Aufenthaltsdauer für die Entlassenen der heilbaren Formen lässt sich stricte nicht wohl anstellen. Schon aus den Missverhältnissen, dass dieselbe betrug 1876 — 18 Wochen gegen 33,5 resp. 29,0 Wochen in 1877 und 1878/79 dürfte hervorgehen, dass hier nicht gleiche Verhältnisse vorliegen, da der Bestand aus 1875 nur ein sehr geringer war, weil die Anstalt erst am 1. Oct. 1875 eröffnet

worden und frische Formen mit längerer Genesungsdauer, wie sie in der Ziffer der späteren Jahre enthalten, selbstverständlich fehlen.

Fassen wir nun die Ergebnisse aus dem Jahre 1876 zusammen gegen diejenigen der Jahre 1877—1878/79 mit rationeller Verpflegung, so zeigen sich auffallende Unterschiede nur in dem Gesundheitszustande und der Sterblichkeit dieser beiden Zeitperioden, während die Heilresultate ziemlich gleich bleiben oder aus oben angegebenen Gründen zu einer Vergleichung sich nicht eigneten.

Eher wäre bezüglich der Aufenthaltsdauer und des Procentsatzes aller Geheilten und Gebesserten noch der Unterschied zwischen den beiden Jahren 1877—1878/79 zu bemerken und die günstigeren Resultate, — um so günstiger, als im Laufe der Jahre in einer combinirten Heil- und Pflegeanstalt immer mehr Unheilbare zurückbleiben, also das Verhältniss von Heilbaren zu Unheilbaren immer ungünstiger wird — im letzten Jahre vielleicht daraus zu erklären, dass die Kranken des Jahres 1877, welche ja zum Theil noch aus dem Jahre 1876 stammten in diesem Jahre bei unrationeller Verpflegung in der Genesung weniger fortschritten, als wenn ihnen eine rationelle Verpflegung schon von Anfang an zu Theil geworden wäre.

Im Uebrigen werden sich gerade bezüglich der präsumptiv heilbaren Kranken schon deshalb keine wesentliche Unterschiede ergeben, weil diese, wo irgend angezeigt, auch schon vor 1877 Extra-Verpflegung erhielten; der Unterschied in der Verpflegung nach 1876 also ein nicht so erheblicher war, als bei den Pfleglingen, welche vor dem nur drei Mal in der Woche Fleisch erhielten.

Und ich bin in der Lage, allerdings gerade in der Pflegeanstalt einige Fälle von Besserung ganz alter Formen zu verzeichnen, welche sich unter erheblicher Zunahme des Gewichts 15--18 Kgr. 1877—1878 vollzogen an Kranken, welche 1875 resp. 1876 aufgenommen waren. Zwei von diesen sind erheblich gebessert, im vorigen Jahre entlassen; ihre Krankheit, secundärer Wahnsinn resp. Verrücktheit hatte bereits 12 resp. 10 Jahre vor ihrer Aufnahme bestanden. Der eine Fall war

bereits 1865 für unheilbar erklärt worden; beide waren gerichtlich, der eine für wahnsinnig, der andere für blödsinnig erklärt. Ein dritter Fall, Wahnsinn, anscheinend mit Uebergang in Blödsinn, mit beiderseitigen alten Hämatomen der Ohrmuscheln, 1876 für wahnsinnig erklärt, ist bereits seit Jahr und Tag wesentlich gebessert, so dass wenn die häuslichen Verhältnisse günstiger wären, die Kranke entlassen wäre. Manche andere Kranke der Pflegeanstalt, namentlich Frauen, die im ersten Jahre und auch im zweiten noch zu den störendsten und widerwärtigsten Kranken gehörten, haben sich in den letzten Jahren vollständig beruhigt und sind nützliche Arbeiterinnen geworden unter erheblicher Zunahme ihres Körperumfanges.

Wenn auch, zumal wegen der kurzen Zeiträume der Beobachtung umfassende Schlüsse aus dem vorgelegten Material noch nicht gezogen werden können, so darf ich mir doch wohl erlauben, zu weiteren Schritten in beregter Frage zu bitten, indem ich gern zugebe, dass auch unsere Verpflegung noch manche Mängel hat. Dies eine wenigstens, glaube ich, dürfen wir davon erwarten, dass die Anstalten sich dabei eines guten Gesundheitszustandes erfreuen werden, und wenn einmal endemische Krankheiten auftreten, die Patienten denselben widerstandsfähiger entgegentreten werden und die Sterblichkeit eine geringere sein wird. — Auch wird vielleicht manche verspätete Heilung erfolgen und mancher seit Jahren erregter Pflegling zu einem ruhigen, arbeitsamen Kranken werden. Der erstgenannten Erwartung dürfte auch wohl das von *Fränkel* gefundene Resultat nicht entgegenstehen; denn wenn es schon in ein und derselben Anstalt bei möglichst gleichbleibenden Verhältnissen Schwierigkeiten hat die Erfolge einer hygienischen Maassnahme zu beurtheilen, da an dem Gesundheitszustande und den Heilerfolgen einer Anstalt verschiedene andere Factoren concurriren, so dürfte dies bei verschiedenen Anstalten, wo auch diese einzelnen Factoren verschieden sind, seine noch grösseren Bedenken haben.

Ueber die Mitbetheiligung des Ependyms an den pathologischen Veränderungen des Gehirns und seiner Häute bei Geisteskranken.

Von

Dr. Ripping,

Director der Prov.-Irrenanstalt zu Düren.

(Hierzu Taf. IV.)

Das Ependym der Hirnhöhlen gehört hinsichtlich seiner physiologischen Bedeutung noch immer zu einem der wenigst bekannten Gebilde. Bei seiner grossen flächenhaften Ausdehnung und seinem interessanten anatomischen Baue dürfte man a priori annehmen, dass sein physiologischer Werth ein nicht geringer sei. Der Umstand, dass seine am meisten in die Augen springenden Organe, welche ein selbständiges actives Leben zeigen, die Flimmerhärchen seines Epithels, zum grössten Theile schon bald nach der Geburt zu Grunde gehen und nur in den engsten Canälen, wie dem Aquaeductus Sylvii und dem Centralcanale des Rückenmarks noch längere Zeit bis zum Mannesalter sich erhalten, deutet vielleicht darauf hin, dass sein Hauptwerth im fötalen und Entwickelungsalter liegt; dennoch kann man kaum annehmen, dass damit seine Aufgabe erschöpft sei. Hätte sie damit erschöpft sein sollen, so dürfte man erwarten, dass bei der sonstigen Sorgfalt, womit der Haushalt der Natur inactiv gewordene Gebilde panzert, er solches auch beim Ependym gethan habe. Dem widersprechen jedoch die vielfachen Veränderungen und Miterkrankungen des Ependyms. Zum Mindesten darf man auch für das spätere Lebensalter dem Ependym die Bedeutung einer Schutzdecke

für die unmittelbar unter ihm liegenden wichtigen nervösen Elemente vindiciren; damit würde dann aber freilich auch die Erkrankung des Ependyms in ihrer Selbständigkeit gar sehr an Bedeutung gewinnen.

Die pathologischen Veränderungen, welche an dem Ependym vorzugsweise zur Beobachtung kommen, sind:

1) die gelatinöse Erweichung,
2) die Ecchymosirung,
3) die faltige und streifige Schrumpfung und
4) die Granulationsbildung.

1) Die gelatinöse Erweichung.

Wie es scheint, ist die gelatinöse Erweichung die acutere Form der Ependym-Erkrankung, und es geht aus ihr vielfach eine andere chronische Form, die Granulationsbildung hervor.

Es erscheint das Ependym bei ihr anfangs lebhaft geröthet, verdickt und geschwollen; später wird es mehr glasig gefärbt, aufgelockert und erweicht. Der Sitz dieser gelatinösen Erweichung ist vorzugsweise das Ependym des dritten und vierten Ventrikels und erstreckt sich oft noch eine kurze Strecke im Centrum-Canale hinab, seltener ist es das Ependym der Seitenventrikel und dann meistens das des Streifenhügel-Kopfes.

Was nun die Psychosen anlangt, bei denen ich diese gelatinöse Erweichung vorzugsweise beobachtet habe, so sind es namentlich Manien von verhältnissmässig kurzer Dauer, ein paar Fälle von Melancholie mit grosser motorischer Erregung von 2—3 monatlicher Dauer, und vereinzelte Fälle von Paralyse.

Je kürzer die Geistesstörung bestanden, desto intensiver war die Röthung und Verdickung des Ependyms. Mit zunehmender Krankheitsdauer dagegen mehrte sich die glasige Verfärbung, Auflockerung und Erweichung.

Bei der mikroskopischen Untersuchung erscheinen die dann immer flimmerlosen cylindrischen Epithelzellen verdickt, verkürzt und gequollen, ihr Kern oftmals wie zur Theilung eingeschnürt. In der feinkörnigen Substanz zwischen den

schlanken Epithelzellenfortsätzen aber finden sich zahlreiche runde oder ovale, leicht granulirte Zellen mit glänzendem Kern, welche bis in das verfilzte Fasernnetz der *Deiters*'schen Zellen hinein sich erstrecken. (Fig. 1.)

2) Die Ecchymosirung.

Die Ecchymosirung scheint vorzugsweise das Ependym des vierten Ventrikels zu treffen; wenigstens habe ich sie nur hier gesehen. Es ist dabei das Ependym im Allgemeinen stets eigenthümlich rosenroth gefärbt oder nicht bemerkenswerth verdickt. Die Ecchymosen sind meistens von Hirsekorn- oder Stecknadelknopfgrösse und haben ihren Sitz vorzugsweise an der Stelle des Locus coeruleus; einmal fanden sie sich auch dicht hinter und auf den Striae auditivae.

Bei der mikroskopischen Untersuchung von Querschnitten findet man den Bluterguss immer in der Schicht verfilzten Bindegewebes des Ependyms, über den stark pigmentirten Nervenzellen des Locus coeruleus z. B., und bedeckt von einer dünnen Schicht feinkörniger Substanz und den Epithelzellen. Die feineren Gefässe in der Nähe des Blutergusses zeigen in der Regel nur eine geringe Körnchenzelleneinlagerung, während die Gefässe des übrigen Gehirns nur selten besonders verändert erscheinen.

Die Psychosen, in deren Begleitung ich sie fand, waren stets schwere Melancholien mit grosser Unbesinnlichkeit und vielfachen Hallucinationen.

3) Die faltige und streifige Schrumpfung.

Sie findet sich vorzugsweise in den Seitenventrikeln und im vierten Ventrikel. Zuweilen findet sie sich allein, zuweilen aber beobachtet man in dem einen oder anderen Ventrikel auch noch eine andere Affection des Ependyms.

Beim Anblick mit unbewaffnetem Auge erscheint die Oberfläche des Ependyms im Allgemeinen glatt, aber es erheben sich feinste schmale, mehr weisslich gefärbte Fältchen in grosser Zahl daraus ab. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigen sich die sonst so schlanken cylinderförmigen Epithelzellen verschmälert und verkürzt, vielfach seitlich comprimirt

und ihr Kopf unregelmässig gestaltet. (Fig. 2.) Von einer feinkörnigen Substanz findet sich Nichts oder fast Nichts mehr; dagegen erscheint das netzförmig verfilzte Bindegewebe mehr zu welligen Bündeln zusammengelagert. Es findet sich also eine partielle Bindegewebswucherung mit Schrumpfung der Epithelschicht. Die Psychosen, in deren Begleitung diese Ependymaffection sich fand, waren organische Psychosen in Folge von Hirntumoren oder Hirnabscessen.

4) Die Granulationsbildung.

Sie kommt in allen Hirnhöhlen vor und ist unendlich häufig bei länger bestandenen Paralysen und bei länger bestandenem Blödsinn, besonders dem, der hervorgegangen aus chronischen Manien. In der Regel ist die Oberfläche des Ependyms besäet mit feinen runden, sandkorngrossen, weissen, harten Knöpfchen; doch kommen auch einzelne Fälle vor, wo die Granulationen eine solche Grösse und flächenhafte Ausbreitung erreichen, dass sie die Gestalt und Grösse einer Linse annehmen, ja selbst als grössere Platten erscheinen. Hebt man solche kleine Granulationen ab und untersucht sie mikroskopisch, so zeigt sich, dass sie aus concentrisch zusammengeschichteten Bindegewebsfasern bestehen, über denen die feinkörnige Substanz und das Cylinderepithel vollständig verloren gegangen ist. (Fig. 3.) Auch die grösseren linsenförmigen und plattenartigen weissen, perlmutterartig schillernden Auflagerungen, von denen ich mir erlaube, hier einen beobachteten Fall in allerdings wenig künstlerischer Abbildung zur Ansicht herumzureichen (Fig. 4), bestehen mikroskopisch aus denselben concentrisch zusammengelagerten Bindegewebsfasern; sie sind nicht mehr von Epithel bedeckt und liegen so locker, dass sie mit der Nadel leicht abgehoben werden können, unmittelbar auf den nervösen Elementen auf. (Fig. 4, a und b.)

Was nun die eigentlichen wesentlichen pathologischen Veränderungen des Gehirns anlangt, in deren Begleitung die erwähnten Erkrankungen des Ependyms auftreten, so begleiten die gelatinöse Erweichung und die Granulationsbildung vorzugsweise die chronisch entzündlichen Vorgänge der weichen

Häute und der Hirnrinde. Beide, Erweichung und Granulation, möchte ich eigentlich als verschiedene Stadien desselben Processes auffassen, nämlich einer chronischen Ependymentzündung, deren Endresultat die Granulationsbildung ist. Sie beginnt mit Röthung, Verdickung und Schwellung, ihr folgt erst die Auflockerung, glasige Verfärbung und Erweichung der oberflächlichen aus Epithelzellen und feinkörniger Substanz gebildeten Schicht und eine Wucherung und Zusammenlagerung von Bindegewebsfasern der netzförmigen Bindegewebsschicht und zuletzt die Abstossung jener oberflächlichen erweichten Schicht. Sie sind also gleichsam eine Entzündung der visceralen Decke des Centralorgans.

Die faltige, streifige Schrumpfung dagegen scheint in umgekehrter Reihenfolge sich zu entwickeln und ohne eigentliche entzündliche Vorgänge einherzugehen. Es scheint hier die Wucherung und bündelförmige Zusammenschiebung des Bindegewebes das primäre zu sein und von hier aus eine Aufsaugung der feinkörnigen Substanz und eine Atrophirung, Abschnürung und Abstossung der Epithelzellen von innen heraus stattzufinden. Es spricht hierfür unter Anderem besonders ihr vorzugsweises Auftreten bei circumscripten Erkrankungen der nahe gelegenen Centren, bei in der Nähe sitzenden Hirntumoren und Hirnabscessen.

Zum Schlusse möchte ich noch hervorheben, dass wir die vielfach aufgestellte Ansicht, dass die Ependymerweichung eine Folge des Hydrocephalus internus sei, durch Nichts begründet erscheint; denn erstens fand sich in vielen der beobachteten Fälle von gelatinöser Erweichung trotz der sorgfältigsten Präparation kein Hydrocephalus internus und zweitens fand sich bei sehr vielen Fällen von Hydrocephalus internus keine Ependymerweichung; ja alle unsere Fälle von faltiger Schrumpfung waren ebenfalls von Hydrocephalus internus begleitet.

Inwieweit die Ependymerkrankungen bei dem Zustandekommen gewisser, die Geistesstörungen begleitenden Nebenerscheinungen, ich meine die Hallucinationen, Pupillendifferenzen, Facialislähmungen etc. mitwirken, ist schwer zu sagen, doch dürften dieselben immerhin einige Beachtung verdienen, da bei der so häufigen Erkrankung des Ependyms im vierten

Ventrikel z. B. die pathologischen Veränderungen desselben doch leicht auf die unmittelbar unter ihm liegenden nervösen Elemente des Nervus acusticus, oculomotorius facialis etc. sich fortsetzen oder wenigstens erregend resp. lähmend auf sie einwirken dürften. Es dürfte deshalb jedenfalls nicht nutzlos sein, wenn bei Autopsien von Geisteskranken den Veränderungen des Ependyms nach der angedeuteten Richtung hin eine ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet würde.

Klinische Beiträge.

Von

Dr. Oebeke,

dirigirendem Arzte der Privat-Irrenanstalt zu Endenich.

---

a) Zur Charakteristik der epileptischen Geistesstörung.

Bei der noch jungen und gewiss eines weiteren Ausbaues und näheren Präcisirung fähigen und bedürftigen Lehre von der epileptischen Geisteskrankheit wird wohl ein jeder Beitrag zu derselben willkommen sein, auch wenn er eine Besonderheit, eine Abweichung von der gewöhnlichen und meistens beobachteten Erscheinungsweise mit sich führt und eine Beschränkung des Symptomenbildes nach einer Richtung hin als einzelne Male möglich erfordert.

Ein Arzt, unverheirathet, 30 Jahre alt, katholisch, aus Westfalen, verweilte in meiner Anstalt vom 23. August bis 25. November 1873. Bis zum 9. Lebensjahre ganz gesund, stellten sich seitdem epileptische Erscheinungen ein, die angeblich 3 Jahre lang nur in linksseitiger Aura von der linken Hand aus bestehend sich als Stechen und Pelzigsein über den linken Arm und die ganze linke Körperhälfte verbreiteten. Seit dem 12.—20. Jahre stellten sich mit $^{1}/_{2}$—1jährigen Zwischenräumen allgemeine Convulsionen mit Verlust des Bewusstseins ein. Seitdem (also seit 10 Jahren vor Aufnahme in die Anstalt) keine Krämpfe mehr, aber sogen. petit mal in der Weise, dass Patient oft während des Gehens oder mitten in der Unterhaltung momentan schwindlich wurde, mit dem Oberkörper nach einer Seite, meist der linken, hintaumelte und dem neben ihm dahinschreitenden einen Stoss versetzte. Diese Schwindelanfälle sind seit dem Ausbruch der jetzigen geistigen Störung geschwunden. Patient erzählt, dass er um die Zeit, wann er die Krämpfe erwartet habe, gewöhnlich im Frühjahr oder Herbst, am Besten geistig habe arbeiten gekonnt und sein Kopf am freiesten gewesen sei,

während er sonst häufig an Druck im Kopfe und allgemeiner Unlust gelitten habe. Sein Vater gesund, die Mutter war vor Jahren 1 Jahr lang geisteskrank und blieb seitdem reizbar, schwer umgänglich und bigott fromm. 2 Brüder der Mutter starben geisteskrank; 2 Töchter, also Schwestern des Patienten, waren gemüthskrank, die eine $1/2$ Jahr in Folge einer Liebschaft mit Ausgang in Genesung, die andere ein ganzes Jahr mit Ausgang in Schwachsinn. Patient ist der älteste von 9 Geschwistern. Nach Absolvirung der Elementarschule half er bis zu seinem 16. Lebensjahre seinem Vater in der Brauerei und Bäckerei. Dann erwachte unwiderstehlich der Trieb zu studiren in ihm, er ging nach Feldkirch in's Jesuitencolleg, ward nach 4 Jahren dort melancholisch und hinterher exaltirt, angeblich aus Liebe zu einem jungen Mädchen, welches er öfter gesehen, aber nie gesprochen hatte. Er blieb $1/2$ Jahr in verwirrtem Zustand zu Hause und machte 2 Jahre nachher sein Abiturientenexamen, studirte zuerst $1/2$ Jahr Theologie in Münster und dann Medicin in Greifswald, Berlin und Kiel. Verlobte sich nach 10tägiger Bekanntschaft und liess sich in einem kleinen Städtchen als praktischer Arzt nieder, ward nach 2 Monaten tobsüchtig, kam in eine Anstalt, die er nach 1 Monat angeblich genesen, verliess, ging dann 6 Wochen lang nach Hause. In den letzten 14 Tagen dieses Aufenthaltes bei seinen Eltern steigende Gereiztheit bis zur Tobsucht, kam in der Zwangsjacke in der Anstalt an. Patient hatte stets ein reizbares Temperament, war jähzornig und wollte hoch hinaus. — Die Untersuchung ergiebt zunächst wohl von übermässigem Rauchen Rachenkatarrh. In der rechten Brusthälfte die Residuen einer Pleuro-Pneumonie und Lungenkatarrh. Die linke Lidspalte kleiner als die rechte, die linke Pupille kleiner als die rechte, der Unterschied am stärksten bei Beschattung beider Augen, indem dann die linke engere nur wenig sich erweitert. An der linken Iris ist demnach die Energie des Dilatator pupillae, also des Nervus sympathicus, herabgesetzt. Patient blieb zunächst lärmend, laut, zerreisssüchtig und schmierig in seinen Handtirungen. Seine Gemüthsstimmung war durchweg keine heitere, wenn auch vage Selbstüberhebung und Renommiren mit seinen Kenntnissen und Leistungen sich zeigte, sondern mehr eine unzufriedene, leicht reizbare; daneben zeigten seine Reden und sein Verhalten im Ganzen etwas Abruptes, Aergerliches und Störrisches. Am auffallendsten war aber eine grosse, momentan hervorbrechende, aufbrausende Heftigkeit mit sinnlosem Zertrümmern, gewaltthätigen Angriffen gegen seine Umgebung und rücksichtslosen Drohungen mit Mord und Todschlag gegen die Wärter, mit Gericht und Polizei gegen die Aerzte. Diese Anfälle, fast möchte ich sagen, von Wuth traten in Paroxysmen in unregelmässigen Intervallen ein, ganz plötzlich, unerwartet nach unmittelbar vorangegangenem ruhigem, gelassenen Verhalten, sei es scheinbar äusserlich veranlasst durch irgend einen geringfügigen Umstand, eine Frage, eine Bemerkung, die dem Kranken unlieb war, sei es ohne eine solche, selbst wenn der Kranke sich allein im Zimmer befand; und stets war, wenn ich so sagen darf, die Entladung eine momentane. Mehrmals kam es auch vor, dass

Patient wie eine Aura das Herannahen des Ausbruchs fühlte, er rief dann dem Wärter zu, das Geschirr, welches grade dastand, wegzunehmen, oder sich selbst aus dem Zimmer schleunigst zu entfernen, da er sonst ersteres zertrümmern oder ihn zusammenschlagen werde. Andere Male zerriss er seine Kleider oder zerstörte einen Stuhl, um unmittelbar hinterher in seiner vorherigen Beschäftigung fortzufahren oder sich ruhig auf's Sopha zu legen, als wenn gar nichts vorgefallen wäre. Ueber sein Beginnen zur Rede gestellt, war er manchmal betroffen, weinte, versicherte, nicht dafür zu können; wenn das an ihn komme, sich nicht halten zu können, so handeln zu müssen, andere Male brachte er eine ihm selbst wohl nicht ernsthafte Entschuldigung vor, dass die Sachen ihm nicht mehr gut genug gewesen seien, dass er den Wärtern das Recht einräume ihn wieder zu schlagen und Aehnliches. Daneben ferner trat seitenweise eine grosse Frömmelei bei ihm zu Tage, er hing sich Rosenkränze um und betete laut. Bemerkenswerth ist der Umstand, dass seit Beginn der geistigen Störung die früher erwähnten, bis dahin vorhandenen Erscheinungen vom petit mal geschwunden waren, die ihrerseits sich erst entwickelt hatten, als die Krampfanfälle aufhörten. Der Krankheitszustand nahm allmälig eine mildere Form an, die Anfälle wurden seltener und schwächer, Patient siedelte nach 3 Monaten in eine klösterliche Pflege-Anstalt und nach längerer Zeit zu seinen Eltern über, wo er $2^1/_2$ Jahre später, frei von Epilepsie und Geistesstörung, an Lungenschwindsucht starb.

Wir haben also hier zuerst starke directe und indirecte hereditäre Anlage zur Geisteskrankheit von der Mutter her, epileptische Erscheinungen und Convulsionen vom 9. resp. 12.—20. Lebensjahre, gegen Ende dieser Zeit $^1/_2$jährige Geistesstörung mit Depression und Exaltation, aber keine Krämpfe mehr; seitdem aber momentane Schwindelanfälle circa 10 Jahre lang; in dieser Zeit absolvirt Patient die oberen Klassen des Gymnasiums, die 4 Universitätsjahre und die medicinischen Examina unter grossen körperlichen Entbehrungen mit mangelhafter Nahrung, um etwa $^1/_2$ Jahr hinterher wieder geisteskrank zu werden und zwar diesmal unter der ausgebildeten Form des sogen. epileptischen Irrseins mit paroxysmenweise hervorbrechenden rücksichtslosen brutalen Drohungen, momentaner Heftigkeit, Gewaltthätigkeit und Zerstörungstrieb neben unvermittelt folgender Ruhe und Gelassenheit und manchmal vorangegangener Mahnung des Eintritts des Anfalls, der trotzdem nie zu verhindern war, sondern aus innerer Nothwendigkeit mit Zwang erfolgte: hier, wenn Sie so wollen, als psychisch-epileptisches Aequivalent. „Wir sehen also hier plötzliche und

rasche Entstehung, Neigung zu heftigen und gewaltsamen Ausbrüchen, kurze Dauer derselben und meist unmittelbarer Uebergang zur Ruhe und endlich häufige und periodische Wiederholung." Aber nicht nur fühlte der Kranke vielfach unmittelbar vorher, dass der Wuthanfall kam, sondern er wusste auch hinterher stets, dass er zertrümmert, zugeschlagen etc. hatte. Es fehlte also in diesem prägnanten Gesammtbilde eine sonst charakteristische Erscheinung: die Amnesie. Da nun, nach meiner Meinung wenigstens, bei den mitgetheilten Krankheitserscheinungen der vorliegende Fall der epileptischen Geistesstörung unzweifelhaft zugerechnet werden muss und zwar der Form des protrahirten psychisch-epileptischen Aequivalentes und nicht etwa als Epilepsie mit Geistesstörung gedeutet werden darf, so ergiebt sich das nicht unwichtige Faktum, dass es unverkennbar epileptische Zustände giebt ohne Amnesie, während doch gerade diese letztere als besonders charakteristisch für die epileptische Geistesstörung angesehen zu werden pflegte. Als eine Ergänzung in der Charakteristik können hier vielleicht die früheren epileptischen Krampfanfälle gelten, da die Amnesie als Symptom neben anderen für diejenigen Fälle der epileptischen Geistesstörung als fast nie fehlend hingestellt worden ist, die früherer epileptischer Anfälle entbehrten und daher für ihre Deutung so grosse Schwierigkeiten machten. Das Fehlen der Amnesie wird übrigens unmittelbar nach den schwersten Anfällen des psychisch-epileptischen Aequivalents mit lebensgefährlichem Vorgehen gegen Andere manchmal beobachtet, die Kranken können recht zutreffend ihr Auftreten und Handeln gleich nach den schlimmsten Vorkommnissen erzählen, wenn auch später jede Erinnerung daran erloschen scheint, wie dies z. B. *Samt* selbst schildert. Dass übrigens die Krankheitsfälle nicht immer sämmtliche Einzelerscheinungen, die ihnen nach dem Paradigma des Lehrbuchs meistens zukommen, aufweisen, ist eine aus der inneren Medicin uns Allen sattsam bekannte Erfahrung. Ich erinnere z. B. an die Trias der Störungen bei Morbus Basedowii, wo nicht selten die eine der Erscheinungen, wie der Kropf, mangelt und darum doch beim Vorhandensein der charakteristischen anderen die Bezeichnung und Auffassung der Krankheit un-

geändert bleibt und bleiben muss. „Man erkennt also hieraus, dass für die differentielle Diagnostik bei Geisteskrankheiten, ganz so wie sonst in der Medicin, nicht dieses oder jenes Einzelsymptom die Entscheidung liefert, sondern der Gesammthabitus und demnächst die Art der Entwickelung und des Verlaufes.“ Die jähen Wuthausbrüche unseres Patienten, die nach seiner eigenen Aussage mit innerer, unbezwinglicher Nothwendigkeit erfolgten, sind ohne Zweifel als Handlungen, d. h. als psychische mit Bewusstsein vollführte Acte aufzufassen, sie können jedoch nach ihrem impulsiven, zwangsmässigen Charakter nur als unwillkürliche Entladungen der in den psychischen Hirnprovinzen bestehenden Spannung betrachtet werden und müssen zu den unter Suspension des Bewusstseins sich kundgebenden motorischen Entladungen bei dem gewöhnlichen epileptischen Anfall in Analogie gesetzt werden. Auffallend erscheint noch die consequente Energie eines so schwer belasteten und tief kranken Mannes in der unbeirrten und erfolgreichen Verfolgung seines Studirtriebes.

b) Zur Heilung der allgemeinen fortschreitenden Paralyse.

Meine zweite Mittheilung betrifft einen Fall von allgemeiner fortschreitender Paralyse der Irren, wie deren ähnliche als geheilte Paralysen in den letzten Jahren mehrfach beschrieben worden sind.

Ein Kaufmann, in einer ausländischen Hafenstadt wohnhaft, 37½ Jahre bei seiner Aufnahme in die Anstalt alt, verheirathet, Vater von 7 lebenden und 2 gestorbenen Kindern, verfiel nach vorangegangener längerer Gemüthsdepression in Folge bedeutender Geldverluste mit Bankerotterklärung, zu deren Wiedereinbringung er in den letzten Jahren ganz rastlos thätig war, durch günstige und sehr erfolgreiche Geschäftsspekulationen in grosse freudige Erregung mit unsinniger Kauflust, Projekte-Schmiederei, kolossaler Uebertreibung alles auf ihn selbst Bezüglichen mit vollendeter Euphorie und ging in seinen Geschäften schliesslich unüberlegt, sinnlos zu Werke, indem er von Selbstüberhebung geschwellt, es als selbstredend betrachtete, immer nur gewinnen zu können; er warf mit Millionen um sich, die er bereits verdient zu haben oder unfehlbar zu gewinnen wähnte, jedoch bereits als sein Eigenthum betrachtete, war äusserst redselig über diese Dinge, übertrieben kauf- und schenklustig, zeigte aber eine gewisse Einfältigkeit und eine leichte Bestimmbarkeit bei seinen zahllosen Wünschen und einen zu

raschen, jähen Wechsel seiner Gemüthsstimmung, so dass er aus der grössten Heiterkeit unvermittelt in wehmüthige Weinerlichkeit verfiel. Auf den Rath seiner Aerzte ging er zu Verwandten nach Norddeutschland, musste dort aber bald in's städtische Hospital aufgenommen werden und der hinzugezogene Director der dortigen öffentlichen Irrenanstalt stellte die Diagnose auf allgemeine fortschreitende Paralyse, wie das ebenfalls der Hospitalarzt und vorher schon der Hausarzt als wahrscheinlich ausgesprochen hatte. Es war anfänglich Schlaflosigkeit vorhanden, constant gesteigerter Appetit, leicht eintretende Röthe und Wärme des Kopfes und eine nur stecknadelkopfgrosse rechte Pupille, die auch bei schwacher Beleuchtung und Beschattung der Augen gleich eng blieb, während die linke sich sichtlich erweiterte, wonach die Enge der rechten Pupille durch Lähmung der rechten Sympathicusfasern, die die Iris innerviren, herrühren musste. Ausserdem zeigte sich ein Verziehen des rechten Mundwinkels nach aufwärts beim Sprechen, Abweichen der Zunge nach rechts beim Vorstrecken, Anstossen beim Sprechen (was früher nicht vorhanden gewesen) und Unfähigkeit mit der Feder, wohl aber Fähigkeit mit dem Bleistift ohne auffälliges Zittern zu schreiben, während der Gang des Patienten genügend sicher war. Die Sensibilität noch gut erhalten. Die Kopfform des Patienten bot dadurch eine besondere Eigenthümlichkeit, dass die Ossa temporum eine ungewöhnlich starke Convexität zeigten, während Stirnbein und Hinterhauptsbein als Segmente einer ganz erheblich kleineren Kugel sich darstellten. In der Anstalt bezeigte sich Patient anfänglich noch sehr optimistisch und euphoristisch, sich selbstüberschätzend, hatte stets eine Menge wechselnder Wünsche und Projecte. Er entwarf eine ganz neue kaufmännische Buchführung; wollte nach Zeitungsannoncen eine Unmenge von Sachen kaufen, ein neues, jedem Kaufmann unentbehrliches kaufmännisches Buch schreiben, durch welches er 500,000 Thaler verdienen werde und dergl. Allmälig wurde sein Ideengang ruhiger und geordneter und mehr der Wirklichkeit entsprechend. Der Schlaf besserte sich fortschreitend und sein Körpergewicht nahm in nicht ganz 5 Monaten um 18 Pfd. zu. Bei seiner anfänglich hohen Pulsfrequenz erhielt er neben lauwarmen Bädern Chinin und später dazu Eisen, welche Medikation der Kranke nach seinem Ausscheiden aus der Anstalt noch mehrere Monate fortsetzte. Frühere Syphilis, Alkoholmissbrauch und hereditäre Anlage zu geistigen Störungen konnten für die Aetiologie bestimmt ausgeschlossen werden; ausser dem vorangegangenen geschäftlichen Missgeschick mit der dasselbe begleitenden Gemüthsdepression war nur ganz übermässiges Arbeiten und Spekuliren im Geschäfte während der letzten 3—4 Jahre als Veranlassung der Erkrankung aufzufinden. Etwa 6 Wochen vor Aufnahme in die Anstalt begann die Aufregung; nach fünfmonatlicher Behandlung in der Anstalt verliess er dieselbe nach Meinung seiner Familie und Freunde ganz genesen am 22. März 1876. Er selbst erkannte seine vorangegangene Aufregung als eine krankhafte an, ohne indessen die schwere Bedeutung derselben für seinen Geisteszustand zu wür-

digen. Die Enge der rechten Pupille war geblieben, ebenso hin und wieder fibrilläre Zuckungen in den Gesichtsmuskeln, aber Sprache und Handschrift waren wieder gut, der Ideengang ruhig und klar, die Gemüthsverfassung wohl noch zu leicht beweglich. Patient liess sich, wenn auch schwierig und widerstrebend, bestimmen, von seinem ausgedehnten Geschäfte mit seiner Familie nach seiner Vaterstadt sich zurückzuziehen und zunächst nur seiner Gesundheit zu leben, wo er bis jetzt seit $3^1/_2$ Jahren nach Austritt aus der Anstalt sich befindet, als Rentner am gesellschaftlichen Leben regen Antheil nimmt und in seinem Auftreten nichts Auffälliges darbietet. Allein der Umstand, dass er in seinem 38. Lebensjahre, körperlich rüstig, früher von unermüdlicher Thätigkeit und Schaffenslust beseelt, jetzt schon müssig dahin lebt, deutet nach meiner Auffassung auf eine geistige Abschwächung hin, die er in seinem Innern wohl empfinden mag, wenn er auch nach aussen hin für ganz gesund imponiren will. Ob er gesund geblieben sein würde, wenn er zu seiner geschäftlichen Thätigkeit, wie er dringend verlangte, zurückgekehrt sein würde, lässt sich natürlich nicht bestimmen. Ich glaubte entschieden davon abrathen zu müssen, weil sein Geschäft ein überseeisches, zum grossen Theil Spekulationsgeschäft mit bedeutendem Risiko, daher nothwendig mit stetig wiederkehrender Erwartung, Spannung und Erregung des Inhabers verbunden ist: Umstände und Schädlichkeiten, denen nicht leicht ein weniger widerstandsfähiges Gehirn — und als solches muss doch wohl ein erkrankt gewesenes angesehen werden — ohne die Wahrscheinlichkeit einer abermaligen Erkrankung auf die Dauer sich aussetzen dürfte.

Es wird immer eine schwierige Frage bleiben, nach wie langem Bestehen eines ruhigen, verständigen Verhaltens unter freien Lebensverhältnissen mit gleichzeitigem Zurücktreten der paretischen Erscheinungen ein der Paralyse nach wohlbegründeter Diagnose verfallen Gewesener für genesen und für gesund zu erklären sein wird. Es ist bekannt, dass *Nasse* in der Versammlung des Cölner Bezirk-Vereins vom 5. Mai 1870 über 30 Fälle dieser Art aus der Literatur und über 7 aus eigener Erfahrung berichtet, welcher Vortrag im Irrenfreund von 1870 No. 7 wiedergegeben ist. In der Berliner klinischen Wochenschrift von 1877 No. 21 theilte *Ludwig Mayer* 8 Fälle von allgemeiner Paralyse mit, die er mittelst Einreibungen von Ung. tartar. stib. in der Gegend der grossen Fontanelle und innerliche Darreichung von Jodkali als dauernd geheilt hinstellt, mit Ausnahme eines, der nach 2 Jahren wieder erkrankte. Bei Dreien ist aber die Dauer der Genesung nicht angegeben, bei Zwei bestand sie erst 2 Jahre lang und nur

bei zwei Anderen 4—5 Jahre. Sodann hat aus den späteren Jahren *Gauster* in dem ersten Heft der Jahrbücher für Psychiatrie von 1879 11 Fälle angeblicher Heilung von Paralyse, theils fremde, theils eigene, ausführlich zusammengestellt und in den Annal. med. psych. vom Mai 1879 (cf. Irrenfreund 1879 No. 8) sind 3 andere Fälle mitgetheilt, von denen vielleicht einer auf Bleivergiftung zurückgeführt werden, also als eine eigentliche fortschreitende Paralyse nicht gelten könnte. Bei *Nasse* finden wir den einen Fall von *Snell* mit 2jähriger, von *Macdonald* mit bereits 10jähriger Dauer der Gesundheit, 1 Fall von *Ferrus* mit selbst 25jähriger, von *Renardin* mit 6jähriger, von *Esquirol* mit 5jähriger, von *Morel* mit 3jähriger, von *Bayle* mit angeblich dauernder Genesung verzeichnet, von den eigenen Fällen *Nasse*'s hatte sich die Gesundheit bereits behauptet 1 mal $1\frac{1}{2}$ Jahre, 2 mal 1 Jahr, 1 mal $\frac{1}{2}$ Jahr und 1 mal 3 und 2 mal 4 Jahre. *Gauster* führt 3 Fälle von *Schüle* an, von denen einer nach 7monatlicher, der zweite nach 1jähriger anscheinend völliger Gesundheit, oder richtiger gesagt, Remission wieder erkrankte und starb, während der dritte 5 Jahre lang nachweislich gesund geblieben war und es, so viel bebekannt, noch ist. Von den eigenen 4 Fällen *Gauster*'s fand ein Rückfall mit tödtlichem Ausgang nach 8 Monaten, nach $1\frac{1}{4}$ Jahren und 3 Jahren statt, während der vierte nachweislich 5 Jahre lang hinterher gesund war. Es folgt der bekannte Fall von *Flemming* mit 7jähriger nachfolgender Gesundheit bis zum Tode durch eine intercurrente Krankheit, ein Patient von *Meynert* mit 2jähriger nachgewiesener Gesundheit (jetzt 5jähriger, wenn inzwischen kein Rückfall erfolgt ist); sodann 1 Fall von *Stölzner* mit einjähriger Gesundheitsdauer, ein zweiter mit 5jähriger (?), während welcher ganzen Zeit die Kranke aber, wenn auch bei regelmässiger verpflichteter Beschäftigung, in der Anstalt blieb. Bei den 3 Patienten der Annal. med. psychol. hatte die Genesung erst 7 Monate, 1 Jahr und 2 Jahre gedauert. Nun, meine Herren, es wird wohl jeder von uns aus seiner Erfahrung Fälle allgemeiner fortschreitender Paralyse aufzuweisen haben, die einen solchen Grad von Besserung erreicht und 1—$1\frac{1}{2}$ Jahre, vielleicht auch länger behauptet hatten, dass sie bei dem Unkundigen für genesen galten. Wenn man

mit Rücksicht auf den einen Fall von *Gauster*, in welchem nach 3jähriger Gesundheit ein Rückfall in paralytische Seelenstörung mit lethalem Ausgange erfolgte, einen Zeitraum von 3 Jahren annimmt, nach welchem ein an Paralyse Erkrankter, wenn sich seine geistige und körperliche Gesundheit ausserhalb der Anstalt so lange ungestört erhalten hat, für voraussichtlich geheilt, also gesund erklärt werden dürfte, dann würden wir unter den oben angeführten Fällen die 6 älteren bei *Nasse* citirten Fälle, 3 von *Nasse*'s eigenen Beobachtungen als wirklich Genesene anzusehen haben, 1 Genesenen von *Schüle*, 1 von *Gauster*, 1 von *Flemming*, vielleicht den einen von *Meynert*, den zweiten von *Stölzner*, 2 Fälle von *Meyer* und dazu den meinigen, im Ganzen also 17 nachgewiesene Fälle von Genesungen nach Paralyse zu verzeichnen haben und von diesen 17 wiederum hat bis jetzt nur einer, der Kranke von *Flemming*, die Probe bestanden, da er noch einzig bis zu seinem Tode und zwar 7 Jahre lang nach anfänglich nur anscheinender Wiedererlangung seiner Gesundheit nachweislich geistig gesund und vom Wiederauftreten paralytischer Erscheinungen verschont geblieben ist. Bei dieser Zusammenstellung bleiben noch immer die zwei Möglichkeiten zu berücksichtigen, dass von den Kranken, welche bei ihrer Bekanntgebung noch keine 3 Jahre als gesund bestanden hatten, hinterher einige als gesund sich bewährt haben, aber auch, dass von den bereits über 3 Jahre für gesund geltenden später noch einige wieder erkrankt sind. Die Frage, ob eine Genesung auch in den Fällen, in welchen die Kranken ihre frühere Berufsthätigkeit wieder aufgenommen hatten, eine restitutio in integrum darstellt oder in Intelligenz und ausdauernder Leistungsfähigkeit eine gewisse Abschwächung sich zeigt, wird stets in hohem Maasse von der subjectiven Anschauung und Auffassung des Beurtheilers abhängig bleiben. Am ungünstigsten von den Krankheitserscheinungen ist aber ohne Zweifel der Schwachsinn, der, wenn er einmal bis zu einem gewissen Grade gediehen und nicht mit dem in neuerer Zeit so beliebt gewordenen Stupor verwechselt worden ist, eine entschieden ungünstige Prognose bedingt. Mehrere der angeführten Genesungen von Paralyse traten nun ein, nachdem eine intercurrente acute

Krankheit von lebensgefährlicher Intensität vorhergegangen war; so finden wir von den verschiedenen Autoren Typhus, Blattern, Leberabscess, furunkulöse, profuse Eiterung, eitrige Otitis, brandige Zellgewebsentzündung der Gliedmaassen in einzelnen oder mehreren Fällen angeführt, denen ich einen nach einer Richtung hin wenigstens analogen Fall bereits ziemlich fortgeschrittener Paralyse mit blühendem Grössenwahn, vollendeter Euphorie, Zittern und Zucken im Gesicht beim Sprechen, starken Sprachstörungen, Zittern der Hände, unsicherem, schwankendem, breitspurigem Gang hinzufügen kann, in welchem nach Erysipelas faciei et capitis mit profuser Eiterung aus der Nase und länger dauerndem, sehr hohen Fieber alle Lähmungserscheinungen vollständig geschwunden waren, der Kranke aber hinterher bis heute, seit 13 Jahren, einfach schwachsinnig blieb. Man ist nun bemüht gewesen zu erforschen, von welchen Bedingungen oder Verhältnissen der Eintritt einer weitgehenden Besserung oder gar Genesung bei der Paralyse abhängig sei. Man glaubte eine günstige Prognose stellen zu können, wenn die paralytischen Anfälle, grössere Temperaturdifferenz zwischen Morgen und Abend, wenn die sogen. Vorläufer der Erkrankung fehlten, wenn die In- und Extensität der Lähmungen eine geringe, die Ernährung in gutem Stande, wenn Remissionen und Interremissionen deutlich ausgesprochen waren, die Pulsfrequenz keine grössere Abnormitäten zeigte, die Krankheitsdauer noch keine zu ausgedehnte war und Aehnliches. Allein von allen diesen Annahmen hat bis jetzt noch keine als stichhaltig sich erwiesen. Von den ätiologischen Momenten soll eine rheumatische Grundlage eine günstigere Prognose zulassen; noch günstiger würde sich diese gestaltet haben, wenn die Ansicht Dr. *Jolly*'s zuträfe, dass die hauptsächlichste Ursache der Paralyse in übermässigem Genuss des Tabaks, gar nicht in dem des Branntweins zu suchen sei (Wiener medicinische Wochenschrift 1865 No. 61); der Alkohol bringt ja manchmal bald vorübergehende paralytische Erscheinungen mit anscheinend akuter Demenz hervor, wie aber auch wirkliche allgemeine Paralyse mitunter seiner dauernd deletären Wirkung ihr Entstehen zu verdanken scheint, während über das Verhältniss der Hirnsyphilis zu der uns beschäftigenden Krankheit die Ansichten

und Urtheile der Irrenärzte sehr getheilt sind; die einen halten die Syphilis für eine der häufigsten und wichtigsten Ursachen der Paralyse und begründen dadurch deren Heilungsfähigkeit, Andere gestehen ihr nur einen beschränkten Einfluss zu, während eine dritte Parthei ihr jede Bedeutung und jeden Werth für die Aetiologie der Paralyse abspricht, wie diese Meinungsverschiedenheit noch in der Berliner medicinischen Gesellschaft in vergangenem Frühjahr bei der Diskussion dieses Themas scharf hervorgetreten ist. Wenn die Ansicht *Virchow's*, dem wir in diesen Dingen wohl ein maassgebendes Urtheil zutrauen dürfen, richtig ist, dass für die Manifestation der visceralen Sypbilis häufig eine accidentelle Schädlichkeit, ein Trauma, als Irritament wirkend, die Veranlassung bietet, während bis dahin der ein Mal inficirte Kranke von solchen Erscheinungen vollständig frei geblieben war, dann darf vielleicht eine analoge Erklärung für die Beziehung der Syphilis zur Paralyse nicht ganz unberechtigt erscheinen, dass nämlich in einem Centralnervensystem, welches den Keim, die Disposition zur Dementia paralytica oder zu sogen. organischer Erkrankung seiner Gewebe überhaupt in sich birgt (sei es hereditär, sei es erworben) durch den Reiz sich am oder im Gehirn entwickelnder syphilitischer Krankheitsvorgänge anderweitige und weitergreifende Ernährungsstörungen mit Gewebsveränderungen dieses Organes hervorgerufen werden können, wie sie nach allgemeiner Paralyse gefunden zu werden pflegen. Der syphilitische intracranielle Krankheitsvorgang wirkte dann hier nur als Reiz, als Gelegenheitsursache zu weiteren Störungen und die sich entwickelnde Paralyse trägt durchaus das ihr eigens zukommende Gepräge, hat nichts specifisch Syphilitisches in der Art ihres Erscheinens und der Entwickelung ihrer Symptome. Specifisch syphilitische Krankheitsprocesse am Gehirn mit den ihr zukommenden Symptomen bleiben dadurch für andere ihr zugehörige Fälle unberührt bestehen. Bei dieser Auffassung lässt sich auch die Erfolglosigkeit der antisyphilischen Behandlung, wenn einmal eine ausgebildete, allgemeine fortschreitende Paralyse bei einem Kranken mit früherer Hirnsyphilis zur Entwickelung gekommen ist, wohl verstehen.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

24. Versammlung des psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 6. November 1879.

Anwesend waren die Mitglieder: *Bartens*, *Besser*, *Focke*, *Hertz*, *Heyden*, *Höstermann*, *Laudahn*, *Nasse*, *Nötel*, *Oebeke*, *Pelman*, *Ripping*, *Rühle*, *Schulz*.

Als Gäste: Director Dr. *von Andel* aus Zütphen, Dr. *Hertz* aus Eberswalde und die DDr. *Schuckardt* und *Siebert* aus Andernach.

Nach erfolgter Aufnahme der DDr. *Gerber* in Godesberg, *Acker*, zweiten Arztes der Irrenanstalt Eichberg und *Schmitz*, Volontärarztes der Irrenanstalt zu Düren als Mitglieder des Vereins, eröffnete der Vorsitzende *Nasse* die Discussion über die Frage:

In welcher Weise und in welcher Ausdehnung wird in den Rheinischen Irrenanstalten noch mechanischer Zwang angewandt?

Nasse wies zunächst darauf hin, dass die Frage der Anwendung mechanischen Zwanges, welche schon für die vorhergehende Versammlung auf der Tagesordnung gestanden, leider aber wegen der vorgerückten Zeit nicht zur Verhandlung habe kommen können, jetzt die Psychiater fast aller Länder bewege. So habe sie im September 1879 die Versammlung des Vereins der deutschen Irrenärzte in Heidelberg nicht minder wie die psychiatrische Section des internationalen Congresses zu Amsterdam, dessen Referenten in dieser Frage, *von Andel*, er deshalb nochmals ganz besonders willkommen hiess, beschäftigt. Als Allgemein-Standpunkt der Theilnehmer auf der Heidelberger Versammlung referirte er den, dass mit wenigen Ausnahmen dieselben mechanische Zwangsmittel in den Fällen zur Anwendung brächten, in denen sie überzeugt seien, dass das mechanische Zwangsmittel ein geringeres Uebel sei als die Nichtanwendung desselben.

Nasse zählte zu den mechanischen Zwangsmitteln nicht blos die Zwangsjacken, sondern auch die Einwickelungen, wenn dieselben angewandt würden, um motorisch erregte Kranke an der Verwirklichung ihres Bewegungsdranges zu hindern. Aus der unter seiner Leitung stehenden Anstalt zu Andernach berichtet er, dass er seit Eröffnung derselben bei einer Aufnahmezahl von etwa 500 Kranken in 11 Fällen die Zwangsjacke und in 18 Fällen die Einwickelung habe anwenden müssen; erstere seien chirurgische Fälle

gewesen, worunter 5 mit Neigung zur Selbstverstümmelung und einer von excessiver Masturbation bei einer Frau, letztere Fälle von hartnäckigem Stehen oder Knieen ausser Bett aus Rücksicht auf die Gefahren des perniciösen Wärmeverlustes und von excessiver motorischer Erregung bei acuten Delirien, maniakalischer Paralyse und Melancholie mit Jactation. Inwieweit es gerechtfertigt oder zweckmässig sei, bei excessivem Koth-Essen oder Koth-Schmieren die Zwangsjacke anzuwenden, stellt er als offene Frage hin, dagegen hält er es gerechtfertigt, dem eigenen Verlangen der Kranken nach mechanischer Beschränkung nachzugeben.

Pelman berichtete aus der Anstalt zu Grafenberg, dass er dort mehre Male gezwungen gewesen sei, die Zwangsjacke anzuwenden und dass er überhaupt sich berechtigt und verpflichtet halte, mechanische Zwangsmittel anzuwenden, wenn er überzeugt sei, dass in dem einzelnen Falle die Anwendung derselben ein kleineres Uebel sei als die Nichtanwendung.

Ripping theilte aus der Anstalt zu Düren mit, dass er bisher nur gezwungen gewesen sei, in Fällen schwererer chirurgischer Leiden, die das Leben der Kranken in Gefahr gebracht hätten, oder in denen die Heilung durch das verkehrte Gebahren der Kranken in Frage gestellt sei, mechanische Zwangsmittel in Form der Zwangsjacke oder Befestigung im Bett anzuwenden. In ein paar Fällen, wo das Oberwart-Personal wegen grosser Neigung der Kranken zu Gewalthandlungen vorläufig eine Zwangsjacke angelegt habe, sei dieselbe nach kürzester Zeit mit Erfolg wieder entfernt worden. Einwickelungen und zwar dann in nasse Tücher wende er nur als systematische Kurmethode bei Fällen von hochgradigem Stupor mit absoluter Abschwächung der Hautcirculation an, wie solches von *Röchling* in seiner Dissertation näher beschrieben sei. Zum Schluss wies er noch darauf hin, dass auch die Zwangshandschuhe, wie solche sogar in einigen klinischen Irren-Abtheilungen, deren Leiter sich mit einer gewissen Ostentation Anhänger des non-restraint-Systems nannten, in Anwendung kämen, selbst um die Kranken nur am Zerreissen des Zeuges zu hindern, entschieden zu den mechanischen Zwangsmitteln zu rechnen seien; denn unter einem mechanischen Zwangsmittel sei ein jedes Mittel zu verstehen, welches dem Körper des Kranken angelegt werde, um denselben an der unbeschränkten Bewegung desselben zu hindern.

Nötel hatte in der von ihm geleiteten Anstalt zu Merzig noch nicht nöthig gehabt, die Zwangsjacke in Anwendung zu bringen, dagegen hatte er bereits zur Einwickelung als mechanischen Beschränkungsmittels greifen müssen.

Laudahn hatte, seit er die Cölnische Pflegeanstalt Lindenberg leitet, die Anwendung der Zwangsjacke zu vermeiden vermocht; nur einmal war er gezwungen gewesen, einen am Delirium tremens Leidenden zum Zwecke des Transportes dieselbe anlegen zu lassen.

Höstermann war gezwungen gewesen, in der Pflegeanstalt St. Thomas bei Andernach wegen deren ungenügender räumlicher Verhältnisse wieder-

holt die Zwangsjacke anzuwenden, namentlich wegen grosser Neigung zu Gewalthandlungen; doch war es ihm gelungen, die früher in grosser Ausdehnung in seiner Anstalt angewandten Zwangsstühle, Masken etc. vollständig zu entfernen.

Oebeke und *Hertz* theilten mit, dass es ihnen in ihren Privatanstalten wiederholt gelungen sei, mehrere Jahre lang ohne Anwendung mechanischer Zwangsmittel auszukommen, dass dann aber immer wieder der eine oder andere Fall vorgekommen sei, wo sie aus Rücksicht für die Kranken doch wieder dazu hätten greifen müssen.

Zum Schluss las der Vorsitzende noch einen schriftlichen Bericht des Regierungs-Medicinalraths Dr. *Beyer* zu Düsseldorf vor, worin derselbe mittheilte, dass namentlich in den Pflegeanstalten einzelner geistlicher Orden in seinem Bezirke, besonders denen weiblicher Orden, Zwangsmittel der grausamsten Form, wie z. B. eiserner Gebisse noch vor wenigen Jahren in grosser Ausdehnung in Gebrauch gewesen seien. Seinem energischen Vorgehen sei es jedoch gelungen, auch in jenen Pflegeanstalten die Anwendung milder Zwangsmittel auf ein sehr geringes Maass herabzumindern.

Es folgten dann die Vorträge von *Ripping*, über die Mitbetheiligung des Ependyms an den pathologischen Veränderungen des Gehirns und seiner Häute bei Geisteskranken, und von *Oebeke*, Klinische Beiträge zur Charakteristik der epileptischen Geistesstörung und zur Heilung der allgemeinen fortschreitenden Paralyse. cf. S. 696 und S. 702.

Die nächste Versammlung wurde auf Sonnabend den 12. Juni 1880 festgestellt.

Der Secretär
Ripping.



Casuistik.

Ueber den Geisteszustand der Ehefrau Catharine Margarethe S—r Conträre Sexualempfindung.

Frau Cath. Margar. S. aus H. wurde am 11. Juni 1873 in die Heilanstalt zu Wehnen aufgenommen.

Sie war bereits seit 27. Jan. 1859 in der Strafanstalt zu V. detinirt, da sie wegen Giftmords, Unterschlagung u. s. w. durch Revisionserkenntniss des Grossherzoglichen Oberappellationsgerichts von 1858 zur Kettenstrafe verurtheilt wurde, welche in Gemässheit Höchster Verfügung vom 7. Jan. 1879 im Wege der Gnade in lebenslängliche Zuchthausstrafe verwandelt ward.

Was ihren Lebenslauf betrifft, so ist Folgendes voranzustellen.

Sie genoss eine schlechte Erziehung, bekam schon im 8. Jahre eine Stiefmutter. Ihre Mutter soll Diebstähle verübt haben. Nach dem Zeugniss des Schullehrers war sie schon in ihrem 16. Jahre frech, verwegen, lügenhaft, und wurde wegen Diebstahls aus dem Dienst entlassen. Sie wechselte stets ihren Aufenthalt. In Bremen, wo sie im Jahre 1844 diente, wurde sie schon wegen Diebstahls bestraft, erlitt 3 Tage Gefängnisstrafe; es wurde ihr verboten dort zu bleiben, sie diente trotz des Verbots doch wieder, stahl nochmals, und wurde, nachdem sie wieder 3 Tage bei Wasser und Brod Gefängnisstrafe erlitten, über die Grenze transportirt.

Sie ging dann nach Nienburg, wurde dort wegen Dieberei zur fünftägigen Gefängnisstrafe verurtheilt — zog dann wieder in's bremische Gebiet nach Mittelbühren, wo sie im Verdacht stand, einem Knecht einen Louisd'or gestohlen zu haben, und wiederum eine Gefängnisstrafe von 3 Wochen erlitt und des Landes verwiesen wurde.

Sie kam dann nach Oldenburg zu dem Bäcker S., wo sie ihren späteren Mann kennen lernte. Sie ward bald unehelich entbunden. Ihr Mann etablirte sich als Wirth und Bäcker in N. Sie zeigte sich als Ehefrau streitsüchtig, heftig und so herrschsüchtig, dass ihr Mann gänzlich von ihr unterjocht ward. Er hatte im Hause keine Stimme mehr. Wagte er seiner Frau zu widersprechen, so gebot sie ihm Stillschweigen, drohte mit Schlägen in den Nacken. Wenn in ihrem Hause, wo Wirthschaft war, getanzt wurde, schlug sie bei ausbrechendem Streit mit der Feuerzange dazwischen. Wenn

man sie wegen ihres rohen Benehmens zur Rede stellte, so theilte sie zuweilen Ohrfeigen aus.

Sie war sittlich ganz verkommen und irreligiös — sie glaubte nicht an Gott — sagte: man dürfe thun was man wolle, wenn man nur gut damit wegkäme. Sie bediente sich in ihren Reden der obscönsten Ausdrücke, so dass man sich von ihr entfernen musste.

Sie hatte 3 Kinder am Leben; das jüngste, 5 Monate alte starb nach dreiwöchentlichem Kranksein im Jahre 1856 und, wie die ärztliche Untersuchung ergab, an Vergiftung mit Arsenik. Im Jahre 1856, Mai, starb in ihrem Hause ein gewisser R., den die Eheleute S. zur lebenslänglichen Verpflegung gegen eine bestimmte Geldsumme angenommen hatten, ebenfalls an Vergiftung durch Arsen. Es lag der Ehefrau S. daran, ihn aus Eigennutz aus dem Wege zu schaffen, damit sie, im Besitz des Geldes, ihn nicht länger zu verpflegen brauchte. Zu ihrem Kinde hatte sie keine Zuneigung, glaubte schon an Kindern genug zu haben und mochte deshalb sich desselben gewaltsam entledigen wollen.

Indem wir nicht specieller auf die gerichtsärztliche Untersuchung und die Begutachtung der gedachten Vergiftungen mit Arsen eingehen, wird nur bemerkt, dass die Sachverständigen wegen der aufgefundenen geringen Quantität des Gifts, vorzüglich bei dem Kinde, nur eine langsam schleichende Vergiftung annahmen.

Das höchste Gericht, das Oberappellationsgericht, trug deshalb auch Bedenken, die Inquisitin wegen Giftmords beim Kinde zu verurtheilen.

Das Urtheil desselben lautete:

1. Dass die Inquisitin zwar hinsichtlich der Anschuldigung, ihre Tochter M. Hermine, geboren 24. April 1856, gestorben 26. Septbr. 1856, durch Gift getödtet zu haben, von der Instanz zu entlassen, dagegen aber für überführt und schuldig zu halten ist, ihren Kostgänger B. Fr. R., welcher am 27. Mai 1855 todt im Bette gefunden wurde, aus Eigennutz durch Gift ermordet zu haben, ferner dass sich die Inquisitin

2. eines Betrugsverbrechensversuchs, begangen durch falsche Vorspiegelung zum Zweck der Erhebung von 50 Thlrn. aus der Ersparungs-Kasse, sowie desselben in Betreff der am 28. Mai 1855 aus der Spar- und Leihbank erhobenen 101 Gld. 50 Kr.,

3. des Vergehens der Unterschlagung durch Aneignung von 2 Gld. und einer Uhr aus dem Nachlass des ermordeten R.,

4. des entfernten Versuchs falscher eidlicher Manifestationen über den R.'schen Nachlass schuldig gemacht hat.

In Anwendung des Artikel 152 des Strafgesetzbuchs wird die Inquisitin deshalb zur Kettenstrafe und in sämmtliche Kosten verurtheilt.

Novemb. 1858. In den Acten des Oberappellationsgerichts wird die Inquisitin folgendermaassen charakterisirt:

Böses Beispiel und schlechte Erziehung im elterlichen Hause mussten früh zeitigen, was die Natur an schlimmen Keimen der Marie S. als Mitgift

für's Leben gegeben hatte. Aus einer ungehorsamen Tochter wurde ein diebisches und lügenhaftes Dienstmädchen, bis ihr die Vorsehung einen schwachen Mann zum Ehegatten gab, so schwach, dass er selbst zum Werkzeuge der sich nun ungehindert entfaltenden verbrecherischen Willensthätigkeit der Inquisitin herabsank. Ohne Achtung vor fremdem Eigenthum fehlt es ihr nicht minder an Achtung vor den persönlichen Rechten. Nicht nur, dass sie Dritte durch Verläumdung angreift, sie droht mit Gewaltthätigkeiten. Sie fürchtet sich vor keinem Manne. Ihre Bekanntschaft und Verwandtschaft meidet das gefürchtete boshafte Weib. Sie selbst prahlt, man dürfe Alles thun, wenn man es nur zu verbergen verstehe, läugnet die Anforderungen einer weltlichen Gerichtsbarkeit, sie werde nie bekennen und wenn sie unter dem Galgen stände, und mit dem Dasein der Gottheit eine endliche göttliche Gerechtigkeit. Sittenlos in ihren Reden, hat sie sich auch insofern des Schmuckes der Weiblichkeit beraubt, von der sie vielleicht nie eine Ahnung hatte.

Als diebisch, boshaft, verläumderisch, lügenhaft, gewaltthätig, irreligiös, sittenlos hatte sie alle diejenigen Eigenschaften, welche bei einem aus Eigennutz vollführten Giftmord in Thätigkeit gesetzt werden. Verletzung des Personen- und Eigenthumsrechts durch hinterlistige Schandthat charakterisirt den Giftmord aus Eigennutz, sowie aus Lüge, Bosheit und Verläumdung Hinterlist, aus Diebstahl und Gewaltthat, Verletzung des Personen- und Eigenthumrechts hervorgehen.

Nachdem die Verbrecherin im Jahre 1859 der Strafanstalt in V. übergeben war, giebt ein Auszug aus dem Sittenbuche, das bis zum Jahre 1873 geht, eine ähnliche Charakteristik. Es heisst von ihr: 1864 Die S. macht den Eindruck eines weiblichen Ungeheuers. Ein Blick in ihr schauerliches Auge ist fast genügend, um zu diesem Urtheil zu gelangen. Sie läugnet ihr Verbrechen mit grosser Hartnäckigkeit und Unverschämtheit.

1865. Sie gefällt sich in unfläthigen Reden, die darauf hinweisen, dass die Person noch voll von sinnlichen Lüsten ist. Jedem Besucher gegenüber ergeht sie sich in solchen Reden. Nur die Androhung schwerer Strafen haben sie vermocht, davon abzulassen. Ihre Haltung ist mitunter von der Art, dass man sich versucht fühlen könnte, sie für verrückt zu halten. Sie spricht manchmal von ihren Kindern und wünscht Nachricht von denselben zu erhalten.

1868. Sie war sehr krank, so dass man fürchtete, sie werde sterben. Man sagte ihr das, um sie zu erschüttern und zum Geständniss zu bringen. Sie blieb aber unerweicht und verrieth sich auch nicht mit einem einzigen Worte. Ob sie verrückt ist, oder sich so stellt, ist eine oft ventilirte Frage, die schwer zu beantworten ist. Der Arzt erklärt sie bis jetzt für eine Simulantin. Sie giebt vor, verfolgt und beunruhigt zu werden. Das Essen sei vergiftet, die Wände der Zellen hätten Ritzen, welche giftige Dämpfe hervordrängen, die einen schändlichen Geruch verbreiten.

1871. Die S. ist in ihrer Haltung unverändert.

1873. Dieselben Wahnideen von Vergiftungen, von Giftströmen, die aus allen Löchern der Wände hervorgespritzt werden — neu ist die Idee von einer Electrisirmaschine, die oben im Hause stehe, von einer Gefangenen gedreht werde und wodurch der Strom an der Gasröhre entlang laufe, und ihr electrische Schläge bereite. Wenn man die flehentlichen Bitten, sie von dieser Folter zu befreien, erwägt, so muss man zu der Ueberzeugung kommen, das ist keine Simulation.

Nachdem nun auch von Seiten der Direction der Strafanstalt in V. die Gemüthskrankheit der S. erkannt wurde, sprach sich auch der Gefängnissarzt Dr. *B.* in einem Gutachten vom Mai 1873 dahin aus: „die S. ist schon seit einigen Jahren (?) geisteskrank. Sie leidet an Wahnvorstellungen, die sich auf ihre durch geheimnissvolle Einflüsterungen bewerkstelligte Verurtheilung, auf noch fortwährend auf sie einwirkende Einspritzungen von Gift und anderen schädlichen Substanzen in und durch ihren Körper etc. beziehen. Da diese Wahnideen, bei denen eine etwaige Simulation mit ziemlicher Sicherheit ausgeschlossen werden kann, schon jahrelang bestehen und ihr Ausbruch muthmaasslich mit dem Aufhören der Menses zusammenfällt, so ist an eine Besserung der Seelenstörung in der Einzelhaft durchaus nicht zu denken und muss deshalb sowohl im Interesse der S., als auch unserer Strafanstalt selbst eine Uebersiedelung derselben in eine Irrenanstalt befürwortet werden."

In einem ferneren Gutachten wird bemerkt, die Ehefrau Marie Catharine S., 51 Jahre alt, will stets kräftig und gesund gewesen sein. Sie hat vor einigen Jahren kurz vor Aufhören der Menses an ziemlich heftiger Metrorrhagie gelitten. Gleich darauf traten bei ihr Störungen des Geistes, Wahnvorstellungen zu Tage, die indess anfangs als wirkliche angezweifelt wurden. Die Sinnestäuschungen sind jetzt so scharf ausgeprägt und gleichmässig, erscheinen einer in Scene gesetzten Geisteskrankheit gegenüber so ziel- und zwecklos und stehen mit dem Verbrechen in einem so natürlichen Causalnexus, dass wir ruhig und mit aller Bestimmtheit sagen können: „die S. ist geisteskrank". Sie hört fortwährend allerlei Reden und Sprechereien, glaubt, dass Unflath und Gift in ihre Zelle hineingespritzt wird. Um sich davor zu schützen, hat sie häufig die kleinsten Ritzen ihrer Zellen sorgfältig verstopft und beim Zubettgehen nicht selten Nase, Mund und Ohren mit Lappen von Tüchern möglichst zu verbarrikadiren gesucht. Das Alleinsein scheint sie nicht sehr zu scheuen; jedoch ist sie sichtbar erfreut, wenn sie zur Aussenarbeit im Hause oder im Waschhause verwendet wird, weil dann, wie sie sich ausdrückt, die Grillen noch ein wenig vergehen. Eine solche Vergünstigung kann ihr jedoch nicht gewährt werden, weil der Verkehr mit ihr zu lästig und unangenehm ist. Trotz ihrer obscönen Reden kann man ihr deshalb doch keine schaamlose, unzüchtige Handlung nachweisen. Im Uebrigen ist die S. gehorsam und sehr fleissig, hat Geschick und die nöthige Kraft zum Arbeiten, schafft für zwei. Reue über ihre Verbrechen hat sie nicht — sie behauptet ihre

Unschuld und meint, sie sei nur durch falsche Zuflüsterung verurtheilt worden.

Sie hat noch Familie, spricht gern von derselben und schickt ihr zuweilen von ihrem Ueberverdienst. Dr. *B.*

Nach diesen Verhandlungen und wiederholten Begutachtungen wurde die Verbrecherin, schon als präsumtiv unheilbare Geisteskranke, endlich am 11. Juni 1873 nach 13jähriger Einzelhaft der Heilanstalt zur näheren Beobachtung übergeben.

Das Journalblatt giebt Folgendes an:

Margarethe Catharine Elise S., 52 Jahre alt, lutherischer Confession, verheirathet.

Mittelgrosse Gestalt, kräftige Muskulatur. Gesichtsform oval, Stirn und Nase gewöhnlich. Mund etwas vorstehend. Haare hellblond. Iris braungrau, Pupillen verengt, reagiren lebhaft, keine Differenz. Zunge ohne Belag; wird grade herausgestreckt. Zähne defect.

Mammae schlaff und atrophisch. Herz- und Leberdämpfung normal gross. Herzchoc kräftig, Herztöne laut und rein.

Lungen ohne Abnormitäten. Schädelanomalien fehlen. Puls 76. Respiration 16.

Körpergrösse 5′ 5¹/₄″.

Gerader Schädeldurchmesser	20,0 Ctm.
Querer „ „	12,5 „
Langer „ „	23,0 „
Schädelperipherie	58,0 „

Die Kranke verhält sich ruhig, ist folgsam und ordentlich und sehr fleissig.

Giebt auf genaues Befragen an, dass sie verschiedene Stimmen höre, die ihr zuriefen, andere Frauen schliefen bei ihrem Manne, auch seien gewisse Mädchen da, die durch einen „Strom“ Einfluss ausübten. Erzählt Alles dies ohne Erregung.

Hat Geruchstäuschungen, sagt es würde immer Oelqualm auf sie geblasen.

Sie ist unermüdlich im Arbeiten.

Sagt, sie wisse gar nicht, weswegen sie in O. verurtheilt sei, meint man habe sie nur nach V. geschickt, weil sie damals aufgeregt gewesen.

1873 Oct. Klagt über Kopfschmerzen, meint das käme von dem ihr angeblasenem Qualm, bittet um Entfernung desselben.

1. Decemb. Hatte Besuch von ihrem Mann und Tochter, der sie sehr erfreute.

Abends bekam sie einen Ohnmachtsanfall.

4. Schläft schlecht, wird durch Stimmen sehr gestört; hat Gehörstäuschungen, verbindet sich Mund und Nase mit Tüchern. — Klagt öfter über Halsbeschwerden, die sie von Beeinflussungen ableitet.

Dies Verhalten bleibt sich das erste Jahr ziemlich gleich; die Kranke giebt zu keinen Beschwerden Anlass, ist stets arbeitsam und folgsam; und

wird durch die periodisch stärker eintretenden Sinnestäuschungen wenig in ihrer Thätigkeit gehindert. Sie drückt zuweilen den Wunsch aus, zu ihrem Mann zurückkehren zu dürfen.

Erst im 2. Jahre ihres Aufenthalts fällt sie mehr durch ihre rohen Redensarten den Kranken lästig; es tritt auch sonst in ihrem Befinden keine Aenderung ein, als dass sie — Januar 1875 — häufig des Nachts zu den anderen Kranken in's Bett geht, sich auf sie legt, wie beim Coitus, so dass sie jetzt des Nachts isolirt werden muss.

Nachdem man sie mit Entlassung bedroht, fängt sie an sich anständiger zu benehmen.

Im Frühjahr 1875, April, wurde sie wieder auf dem Corridor auf anderen Kranken liegend betroffen; nachdem sie des Nachts ihren sinnlichen Gelüsten zu folgen gehindert war.

Wegen ihres nachtheiligen Einflusses auf andere Kranke und des unveränderten geistigen Zustandes, wird sie am 22. Juni 1875 nach 2jährigem Aufenthalt als unheilbare Kranke nach der Pflegeanstalt Blankenburg versetzt.

Hier hat sie bis jetzt nach eingezogenen Erkundigungen sich ganz verständig betragen, stets fleissig gearbeitet, wie in dem ersten Jahre ihres Aufenthalts in der Heilanstalt, nie sich Obsconitäten erlaubt, auch nicht perverse geschlechtliche Neigung zu ihrem Geschlecht gezeigt. Es scheint daher diese conträre Sexualempfindung jetzt erloschen zu sein. Jedoch ist noch zu bemerken, dass sie eine Zelle für sich bewohnt und keine Gelegenheit findet, bei Nacht mit Kranken in Berührung zu kommen. Ihr herrschsüchtiges und streitsüchtiges Wesen hat sie beibehalten.

Aus der obigen Darstellung erhellt auf's Bestimmteste, dass die Verbrecherin, Ehefrau S., schon mindestens 5 Jahre vor ihrer Transferirung in der Heilanstalt zu Wehnen Symptome der Geisteskrankheit zeigte, die — wie gewöhnlich in Strafanstalten — für Simulation gehalten wurden. Nur ungern entschloss sich die Direction, wie aus dem Sittenbuche hervorgeht, bei dem moralischen Ungeheuer, wie die Geisteskranke genannt wird, eine wirkliche Geistesstörung anzunehmen.

Nach dem Bericht der Direction der Irrenheilanstalt zu W. an das Grossherzogliche Staatsministerium hat die Kranke ganz unbefangen angegeben, dass sie schon 1857 im Gefangnenhause zu O. Stimmen gehört habe, und von 2 Mädchen, die zu gleicher Zeit mit ihr im Gefängniss waren, besprochen, d. h. beeinflusst sei, dass sie durch einen verbreiteten Dunst sich unwohl befunden und erbrochen habe. Diese Mädchen hätten auch schon in H., wo die Vergiftungen geschehen, auf ihr krankes Kind eingewirkt. Man kann nicht annehmen, dass diese Angaben erdichtet seien: Sie würde, nachdem ihr Urtheil längst gesprochen, nichts damit erreichen können, auch hat sie nie versucht, für ihr Verbrechen, das sie bisher stets hartnäckig läugnete, einen Milderungsgrund ausfindig zu machen. Es ist vielmehr als höchst wahrscheinlich anzunehmen, dass

die Ehefrau S. im Jahre 1857, ein Jahr nach der letzten Vergiftung, schon an Sinnestäuschungen gelitten hat, vielleicht schon zur Zeit der That. Es lässt sich jetzt nichts Bestimmtes feststellen, um so weniger, als aus den Verhandlungen durchaus keine Anhaltspunkte gewonnen werden können, die die Annahme einer beginnenden Seelenstörung bei Begehung der Verbrechen rechtfertigen konnten. Die Ehefrau verfuhr mit Umsicht und Ueberlegung, um ihre Zwecke zu erreichen, wobei „als einzige Triebfeder Eigennutz" hervortrat.

Dass sie schon ein Jahr später bei der Isolirung in der Gefangnenanstalt Sinnestäuschungen zu erkennen gab, kann nicht auffallend erscheinen, wenn man bedenkt, dass sie plötzlich aus einem unruhigen, bewegten Leben herausgerissen, in der einsamen Haft tief in ihrem Geistesleben afficirt werden musste, wenngleich sie nie in melancholische Stimmung verfiel, oder Anflug von Reue zeigte. Davor bewahrte sie ihr rohes Gemüth, ihre Hartherzigkeit und Verstocktheit.

Verbrechen und Wahnsinn haben, phänomenologisch so nahe verwandt, auch ätiologisch theilweise eine gemeinsame Wurzel. Wo das Geistesleben, wie bei der Verbrecherin, so unharmonisch entwickelt ist, so wenig mit den Forderungen der Vernunft übereinstimmt, dass, wie die Strafanstalt schildert, ein moralisches Ungeheuer sich enthüllte, da kann sich auch eine geistige Störung, aus dieser gänzlichen Zerrissenheit und Haltlosigkeit, um so eher entwickeln, als schon die Keime der Verworfenheit so früh hervortraten und durch das böse Beispiel der Erziehung gezeitigt wurden.

Wenn nun nach dieser Richtung hin der Fall kein besonderes Interesse in Anspruch nimmt, so dürfte doch das seltene räthselhafte Phänomen „der conträren Sexualempfindung" Beachtung verdienen. Als solches lässt sich die perverse geschlechtliche Neigung nur bezeichnen, welche bei der Kranken wiederholt beobachtet wurde und in der Weise hervortrat, dass die Kranken, welche mit ihr in demselben Zimmer schliefen, sich über ihr unanständiges Betragen gegen sie wiederholt beschwerten und mit ihr nicht länger zusammen sein wollten. Sie wurde deshalb auch Nachts isolirt. Aber selbst bei Tage konnte sie dem erotischen Drange nicht widerstehen und suchte nach Befriedigung, so dass sie sich nicht scheute, auf dem allen Kranken zugängigen Corridor mit einer Kranken sich abzugeben. Bisher waren, soweit die Nachrichten reichen, derartige Abnormitäten nicht bei ihr beobachtet, weder früher vor ihrer Aufnahme in der Strafanstalt, noch während ihres Aufenthalts in derselben; erst im 2. Jahre der Behandlung in Wehnen traten sie in die Erscheinung, in einem Alter von 54 Jahren, nachdem die Menses lange aufgehört hatten und eine krankhafte Reizung der Geschlechtsorgane nicht mehr angenommen werden konnte. Ihr lüsterner Blick, ihr ganzes Gebahren wiesen aber entschieden auf Erotismus hin.

Zum männlichen Geschlecht hat sie nie Zuneigung verrathen, obwohl sie täglich mit demselben zusammenzutreffen Gelegenheit hatte. Ihr ganzes Wesen und Benehmen hatte aber von jeher unweibliches;

ihren Mann beherrschte sie vollständig; sie duldete keinen Widerspruch. Sie arbeitete wie ein Mann und gefiel sich in solchen Kräfte erfordernden Beschäftigungen, die nur jenem zukommen. Ihre obscönen Reden, ihre Zoten schreckten Jeden zurück, der in ihrer Nähe war. Als sie im Gefangnenhause in O. zuerst detinirt wurde, musste ihr eine andere Zelle angewiesen werden, weil sie aus dem Fenster derselben Zoten herausrief, die von dem in der Nähe wohnenden Gerichtsarzt gehört werden mussten, der sich deshalb beschwerte. Dieser Arzt war derselbe, welcher die Untersuchung der Leichen des vergifteten R. und ihrer Kinder vorgenommen hatte. Es ist anzunehmen, dass sie denselben verhöhnen wollte.

In ihrem sonstigen Auftreten und Benehmen zeigte sie durch ihre Kleidung und Beschäftigungsweise nichts auffallendes, was eine conträre Sexualempfindung andeuten könnte, wenn sie sich auch als Virago fühlte und ihren Mitkranken gegenüber als solche gerirte. Sie zeigte aber eine Geschlechtsneigung zu ihres Gleichen, wie es in allen ähnlichen Fällen nachgewiesen wurde. Während in den von *Westphal* publicirten Fällen der angeborenen conträren Sexualempfindung, s. Archiv für Psychiatrie, Bd. 2, 1. H., die betreffenden weiblichen Individuen eine unwiderstehliche (platonische) Zuneigung zu denen ihres Geschlechts empfinden, dass sie sie herzten und küssten, wurde in unserem Fall nichts analoges angetroffen, vielmehr verletzte unsere Kranke durch ihre obscönen Reden ihre Mitleidenden. Auch ist bei derselben kein neuropathischer Zustand, wie er bei den bisher beobachteten Kranken *Westphal*'s bestand, vorhanden, von welchem die conträre Sexualempfindung als Symptom abgeleitet werden könnte. Sie klagte nur zuweilen über Ohnmachtsgefühl, nicht über sonstige krankhafte Empfindungen, Kopfweh, Schwindel, krampfhafte Zufälle u. s. w. Jene kann nur als eine erworbene im Verlauf der unheilbar gewordenen Psychose angesehen werden, die sich durch manche Abweichungen von der angeborenen zu unterscheiden scheint. Das Krankheitsbild ist nicht so scharf ausgeprägt, abgeschwächt durch die unheilbare Psychose, welche alle Empfindungen und Gemüthsaffecte auf die niedrigste Scala zurückgedrängt hat.

Die meisten Fälle von conträrer Sexualempfindung gehören zu den angeborenen. Die von *Westphal* geschilderten betrafen Individuen im Alter von 27—36 Jahren, die von *Gock*, Archiv für Psychiatrie, Bd. 5, im Alter von 22—28 Jahren, bei denen schon früh die krankhafte Neigung hervortrat. Die im späteren Alter erworbene, zu denen unser Fall gehört, scheinen selten vorzukommen und sind mir nicht bekannt. *Schüle*, Handbuch der Geisteskrankheiten, S. 117, erwähnt dieselben nur, ohne sie weiter zu charakterisiren und hebt hervor, dass während die angeborene perverse Sexualempfindung originären Ursprungs und unheilbar ist, die erworbene, durch eine richtige locale und allgemeine Behandlung geheilt werden kann, indem sie als Reflex von den Sexualorganen aufzufassen ist. In unserem Falle hing sie aber so innig mit der psychischen Störung zusammen, dass sie

nicht von denselben abgesondert und speciell behandelt werden konnte, zumal sie einer im decrepiden Alter stehenden Kranken eigen war.

Die specifische Ursache der räthselhaften Erscheinung ist bis jetzt noch nicht mit Sicherheit zu erkennen. Nach *Schüle* liegt sie als angeborene in einer abnormen defecten Organisation. Die Träger sind nach ihm Defectmenschen, welche nicht anders empfinden können, weil ihr Sexualgefühl sich zu einem anderen „Spectrum", als bei den Normalmenschen auseinander legt. *Westphal* erkennt in seinen Fällen geistige Schwäche als Grundlage an und betont namentlich das Zusammentreffen mit moral insanity. In dem mitgetheilten Falle war die conträre Sexualempfindung als ein psychopathischer Zustand anzusehen, und central bedingt keine Reflexerscheinungen von den Sexualorganen aus, deren Functionen im Erlöschen. Es fehlte aber bei der Kranken das Bewusstsein des pathologischen Zustands und die Sehnsucht von demselben befreit zu sein, wie es als charakteristisch in den beobachteten Fällen hervorgehoben wird. Ob überhaupt in einem so späten Alter die conträre Sexualempfindung schon beobachtet ist, weiss ich nicht anzugeben — namentlich als isolirte Erscheinung in einer zum Abschluss gelangten Psychose. *Kelp.*

Literatur.

Ferrier, D., Die Localisation der Hirnerkrankungen. Autorisirte deutsche Ausgabe. Uebersetzt von Dr. *R. H. Pierson*. Braunschweig, Vieweg. 1880. 171 S.

Es ist dies Buch die praktisch-klinische Ergänzung zu dem grösseren, vorwiegend theoretisch-physiol. Werke „die Functionen des Gehirns", welches Dr. *Obersteiner* uns zugänglich gemacht hat. In 3 Vorlesungen für praktische Aerzte werden uns in dem vorliegenden Buche die Resultate Anderer und des Verfassers mitgetheilt und von *Pierson* in einem Anhange hinzugefügt, was seit dem Erscheinen des Originales seit 1878 veröffentlicht worden ist. Der Natur der Sache nach können die Thatsachen hier nicht mitgetheilt, sondern müssen im Buche selbst gelesen werden. Dagegen lässt sich hinzufügen, dass der Uebersetzer gut übersetzt hat und dass gute Illustrationen den Gegenstand verdeutlichen. Eine treffliche Ausstattung ist, wie sie vom Vieweg'schen Verlag vorausgesetzt werden kann, auch hier vorhanden. *L.*

Studien über die primäre Verrücktheit von *August Merklin*. Inaugur.-Diss. Dorpat 1879. 102 S. gross 8°.

Das Vergnügen, über eine gute Monographie berichten zu können, wird in dem Falle der vorliegenden dadurch erhöht, dass dieselbe die Arbeit eines Anfängers in unserer Disciplin, eine psychiatrische Dissertation ist. Sie ist hervorgegangen aus der Anstalt Rothenberg b. Riga und giebt Zeugniss von der vorzüglichen Beobachtung und der eingehenden Kenntniss, welche der Verf. von dem behandelten Gegenstande besitzt. Die Formen, welche er von der „primären Verrücktheit" aufstellt und ziemlich ausführlich bespricht, sind in der Hauptsache die von *Westphal* angegebenen, mit dem Unterschiede jedoch, dass er die hysterische Verrücktheit hinzufügt, dagegen sich gegen die Einreihung der Zwangsvorstellungen als eine Unterart der Verrücktheit erklärt. In beiden Beziehungen stimmen wir dem Verf. bei. Doch ist seine hysterische Verrücktheit zu kurz davongekommen. Die

am leichtesten erkennbare hysterische Form, von der das S. 93 angeführte sogar ein Beispiel ist, ohne dass der Verf. dies angiebt, ist diejenige, welche sich an den hysterischen Anfall (hysterisches Aequivalent) anschliesst. Die weitere, meist in chronischer Weise aus der Hysterie fortentwickelte Form ist vielleicht häufiger, doch muss dieselbe mit Vorsicht beurtheilt werden. Denn nicht jede Verrücktheit, die mit Symptomen von Hysterie verbunden ist, kann man als die eigentliche hysterische Verrücktheit betrachten. Den alcoholischen Wahnsinn hat der Verf. nicht erwähnt, obgleich er ebenfalls verdient, dem *Westphal*'schen Schema hinzugefügt zu werden.

Bei dem Interesse, welches gegenwärtig der Wahnsinn oder die Verrücktheit erregt, seien uns noch ein paar Bemerkungen erlaubt. Es ist nichts rein Aeusserliches und Gleichgültiges, ob man für die in Rede stehende Psychose den Namen Wahnsinn oder Verrücktheit annimmt. Für das Wort Verrücktheit kann man eigentlich nur anführen, dass es seit *Griesinger* üblich geworden ist. Das Wort Wahnsinn ist aber besser durch seine Bildung, besser dadurch, dass es nicht wie jenes einen fertigen, abgeschlossenen Zustand andeutet, sondern sich recht gut zur Bezeichnung einer frischen, veränderlichen Krankheit eignet, ferner kommt ihm die historische Priorität zu, endlich ist es leichter, das Wort Verrücktheit anderweitig zu verwenden, als das Wort Wahnsinn. Am wenigsten haben wir aber noch Veranlassung, das Eigenschaftswort „primär", wie *Merklin* es thut, hinzuzusetzen, ebensowenig wie man die Melancholie und Manie noch extra als primär bezeichnet. Es müsste gegenwärtig eigens nachgewiesen werden, wenn man behaupten wollte, dass der Wahnsinn auch secundär vorkommt. Das was *Snell* als „uneigentlichen Wahnsinn" und *Schüle* als „Wahnsinn" (nach Melancholie oder Manie) beschreiben, sind keine deutlichen selbständigen Formen. Schliesslich sei noch einmal auf *Morel*'s traité des maladies mentales 1860 verwiesen, dessen Methode der Verf. nicht gering, aber noch nicht hoch anschlägt. Das Wesentliche bei *Morel* ist nicht, dass er ätiologisch eintheilt — in dem landläufigen Sinne ist das nicht einmal richtig — sondern er ist vor Allen der consequenteste und ingeniöseste Vertreter einer natürlichen klinischen Gruppirung. Er fasst deshalb auch den Wahnsinn (delire) ebenso wie die Melancholie und Manie rein als (psychologische) Symptome, eine Auffassung, in welcher wir ihm zwar nicht bis an's Ende folgen, aber uns noch ein gutes Stück weiterentwickeln sollten.

Schaefer.

Ch. Labbé, Note sur la circulation veineuse du cerveau. Im Arch. de Phys. 1879. p. 135.

Bei der Bedeutung, welche die Circulationsverhältnisse des Blutes im Gehirn für die Krankheiten dieses Organs haben, scheint ein ausführlicher Bericht darüber gerechtfertigt zu sein.

Der Verfasser richtete beim Studium der Venenvertheilung des Gehirns sein Augenmerk hauptsächlich auf folgende Punkte.

I. Die grösseren Anastomosen der Venen an der Oberfläche des Gehirns. Von diesen giebt es zwei Arten; die Einen verlaufen auf der Höhe der Windungen, die Andern in der Tiefe der Furchen. Die Letzteren sind von grösserer Bedeutung und scheinen vorzugsweise die Venen der oberen Gehirnpartien mit denen der unteren zu verbinden.

II. Directe Verbindungen der Sinus untereinander. Die Sinus communiciren in ausgedehnter Weise mit einander. Die oberen, vertical und medial gelegenen Sinus (die Falciformes und der Rectus) verbinden sich mit den basal und horizontal gelegenen Sinus ausser durch das Torcular Herophili noch durch zahlreiche kleinere und grössere Anastomosen. Kleinere Verbindungsvenen verlaufen in der Dura selbst; es finden sich aber auch grössere anastomotische Venen, welche die Dura gleich nach der Einmündung in den Sinus verlassen und auf die Pia übertreten. Dies findet vorzüglich Statt zwischen dem Sin. long. sup. und dem Sin. cavernosus resp. dem Sin. petrosus sup. Man kennt hier zwei grössere Venen: eine vordere, schon von *Trolard* (Thèse de Paris, 1868) beschriebene, verläuft gewöhnlich in der Mitte der Convexität der Gehirnoberfläche, von oben nach unten, zur Fissura Sylvii hin, in welcher sie weiter zieht. Sie sendet einen breiten Ast dann weiter nach unten zum Sin. petros. super. Die Zweite ist gewöhnlich kleiner, verläuft 1—2 Ctm. hinter der Ersteren und verbindet den Sin. longit. sup. mit dem Lateralsinus. Meistens jedoch ergiesst sich ihr Hauptstamm in die vordere anastomotische Vene und zwar in deren Verlauf in der Fissura Sylvii. Das obere Stück der vorderen Vene kann ganz fehlen.

Ausser diesen „grandes veines anastomotiques" stellen die beiden die Art. meningea med. begleitenden Venen Communicationen zwischen den oberen und unteren Sinus her.

III. Communicationen der Venen einer Hemisphäre mit denen der Anderen, quer durch die Medianlinie, finden sich in dreifacher Weise: Erstens an der Basis. Es verläuft nämlich der vordere Ast der unter II. beschriebenen „veine anastomotique anterieure" in der Fossa Sylvii nach vorn, schlingt sich nach innen und hinten, um den Pedunculus herum, um sich in die hintere Basilarvene zu ergiessen, welche ihrerseits in den Sinus rectus oder die Vena Galeni mündet. Sie steht vorher mit der entsprechenden Vene der anderen Seite durch eine Queranastomose in Verbindung. Zweitens stellen die beiden Schenkel der Vena Galeni im Centraltheil des Gehirns eine Communication beider Seiten her. Drittens ziehen oberhalb und unterhalb des Balkenknies Venen von einer Seite des Gehirns auf die andere.

IV. Die Frage, ob directe Communicationen zwischen dem corticalen und dem centralen Venennetz bestehen, bejaht Verf.

auf Grund von Injectionsversuchen, bei denen die Injectionsflüssigkeit von der Vena Galeni aus in die Aeste des Sinus longit. sup. gelangte.

V. Nach *Ecker*, *Heubner* und *Cadiat* giebt es directe Anastomosen (ausser den durch die Capillaren) zwischen Arterien und Venen in der Pia; nach *Vulpian*, *Sapply* und *Duret* nicht.

VI. Von grosser Bedeutung sind die „lacs dérivatifs de sûreté des sinus". Es sind dies zur Seite der Sinus, bes. des Longitud. sup. in der Dura gelegene Bluträume, von Balken durchzogen und ausdehnungsfähig; sie communiciren mit dem Lumen der Sinus durch kleine runde Löcher. Der Blutstrom in diesen Sicherheitsreceptakeln wird begreiflich ein sehr langsamer sein.

VII. An den Stellen dieser Sicherheitsbecken finden sich stets Pacchionische Granulationen. Der Verf. kommt daher zu der Vermuthung, dass die Entstehung der letzteren Gebilde in der Weise zu erklären sei, dass in Folge der mangelhaften Circulation des Blutes in den Nebenräumen der Sinus sich auf der unteren Fläche derselben Fibrin und Kalksalze niederschlagen. Hierdurch wird ein irritativer Process hervorgerufen, welcher längs der Venendurchtritte auf die Unterfläche der Dura dringt und auf die Arachnoidea übergreift. Auch das Schrumpfen der Bluträume und die Vermehrung der Granulationen im Alter würde sich so erklären. Diese Entstehungsart soll besonders gelten für die Granulationen, welche fest an der Dura sitzen und bei der Section von der Arachnoidea glatt abreissen. Eine andere Art der Entstehung der Granulationen an der Arachnoidea soll nach *Faivre* dadurch gegeben sein, dass sich in der Arachnoidea aus der Cerebrospinalflüssigkeit Kalksalze ablagern und Granulationsbildung hervorrufen.

Der Verfasser vorstehender Arbeit erwähnt (von anderen Autoren abgesehen) die Untersuchungen von *Key* und *Retzius*[1]) über die Pacchionischen Granulationen nicht. Nach *K.* und *R.* stecken diese „Zotten der Arachnoidea" in den von den genannten Autoren bereits genau beschriebenen balkendurchzogenen Seitenlacunen der Sinus, in deren Blutstrom sie durch kleine Sieblöcher der Dura frei eintauchen. Sie stellen, wie Injectionsversuche beweisen, Filtrationsapparate zwischen der in dem „Subarachnoidalraum" (welcher mit den Ventrikeln offen communicirt) sich bewegenden Cerebrospinalflüssigkeit und dem Blutstrom des Körpers dar. Der „Subduralraum" ist für gewöhnlich leer und zwischen ihm und dem „Subarachnoidalraum" findet sonst keine Communication statt.

Diese Verhältnisse sind von den genannten Autoren sowohl durch exacte Injectionsversuche, als durch die mikroskopischen Befunde so gründlich erläuterte, dass andere, zumal lediglich auf dem Wege der Hypothese gebildete Ansichten kaum noch Anspruch auf Berücksichtigung haben.

---

[1]) Studien über die Anatomie des Nervensystems und des Bindegewebes. 1875.

Bei Erwähnung des prächtig schönen Werkes von *Key* und *Retzius* drängt sich die folgende Bemerkung auf. Je lebhafter der Psychiatriker die Arbeiten der Anatomen über die normale Histologie des Nervensystems begrüssen müsste, um so mehr befremdet es, dass wichtige Arbeiten, wie die eben citirte, bis jetzt so wenig Einfluss auf die Publicationen unserer Collegen haben. Wie manche Abhandlungen, z. B. über angebliche pathologische Befunde an Gefässen und Zellen der Hirnrinde könnten gespart werden, wenn man sich vorher über die normalen Verhältnisse genauer informiren wollte. *Siemens* (Marburg).

Kleinere Mittheilungen.

Ueber die Anwendung von mechanischen Zwangsmitteln in der Psychiatrie [1]).

Von

Dr. *A. H. van Andel*,

dirig. Arzte in der Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu Zütphen.

Schlusssätze. 1. Die rationelle Durchführung der Grundsätze des no-restraint-Systems muss als allgemeine Regel bei der Behandlung der Geisteskrankheiten angenommen werden.

2. Der Bau und die Einrichtung der Irrenanstalten und ihre ärztlichen und administrativen Verhältnisse müssen danach eingerichtet werden.

3. Die Hauptbedingungen sind: Eine zweckmässige Lage, Grösse, Eintheilung und Einrichtung der Localitäten der Anstalt. Die Leitung der Anstaltsangelegenheiten muss dem Arzte anvertraut sein. Eine genügende Zahl vernünftiger Wärter. Keine Ueberfüllung.

Erlauben Sie mir mit einer kurzen Bemerkung anzufangen. Es besteht ein Widerspruch zwischen der Redaction des ersten Vortrages und den Schlusssätzen.

Bei der erstgenannten nämlich spricht man von der Anwendung mechanischer Zwangsmittel, und in den Schlusssätzen werden die Grundsätze des no-restraint-Systems vertheidigt. Die Erklärung ist einfach diese, dass ursprünglich der Text des Vortrages lautete „In welke gevallen en onder welke omstandigheden kunnen by de behandeling van kranksinnigen mechanische dwangsmiddelen worden toegelaten" das heisst:

„In welchen Fällen und unter welchen Umständen darf man mechanische Zwangsmittel bei der Behandlung der Geisteskranken erlauben."

Darin liegt der Grundgedanke, dass nach unserer Meinung der Gebrauch von mechanischen Zwangsmitteln nur ausnahmsweise gestattet ist; die vom Comité gewählte Uebersetzung hingegen lässt gerade auf das

[1]) Vortrag in der ersten Sitzung der 6. Section des periodischen internationalen Congresses der medicinischen Wissenschaften in Amsterdam am 8. Sept. 1879.

Gegentheil schliessen. Nun war diese schon abgedruckt, als sie mir bekannt wurde, es konnte daher an der Sache nichts mehr geändert werden.

Wollte ich nun falschen Meinungen vorbeugen, so blieb mir nichts übrig, als in den Schlusssätzen meine Meinung deutlich und in Ausdrücken zu redigiren, die nicht missverstanden werden konnten.

Dadurch bin ich unwillkürlich dazu gekommen, das no-restraint in die Discussion zu bringen, und so tritt auch hier die Antithese: entweder restraint oder no-restraint, welche soviel Schriften und Schriftchen in's Dasein gerufen hat, in den Vordergrund.

Was nun die Literatur über diesen höchst interessanten Gegenstand betrifft, so muss ich öffentlich bekennen, dass sie mir in den letzten Jahren mehr oder weniger fremd geworden ist. Ich selbst hatte ungefähr 10 Jahre meiner psychiatrischen Praxis nöthig, um in der Heil- und Pflegeanstalt zu Zütphen allmälig zur Abschaffung der mechanischen Zwangmittel zu gelangen, so dass seit 1873 darin kein Zwangstuhl, oder Zwangjacke oder Zwangriemen mehr angewendet ist. Zufrieden mit diesem Erfolge richtete meine wissenschaftliche Thätigkeit sich auf andere Gegenstände.

Der ehrenvolle Auftrag des Comité's nöthigte mich, mich auf's Neue in der Literatur umzusehen. Diese nun lehrte mich, was auch eigene Erfahrung mir hier und da im Auslande gezeigt hatte, dass von einer allgemeinen Abschaffung dieser oben genannten mechanischen Zwangmittel noch gar keine Rede ist.

In England führte man sehr bald das durch *Conolly's* Reform inaugurirte Abschaffungssystem ein. Sie kennen ja Alle die Reihe von *Conolly* selbst in diesem berühmten Werke erwähnten öffentlichen Anstalten, in welchen man, nachdem er in Hanwell im Jahre 1839 den Anfang gemacht hatte, der allmäligen Abschaffung der Zwangmittel beigetreten ist.

In den Privat-Anstalten scheint es damit nicht so schnell gegangen zu sein, wenigstens *Conolly* citirt u. a. aus dem 10. Rapport der „Commissioners in Lunacy" vom Jahre 1856, dass damals in 40 öffentlichen Anstalten mit 14000 Kranken kein einziges Mal mechanische Zwangmittel angewendet waren.

In den Privat-Anstalten, schreibt er, hängt man immer noch am hartnäckigsten an den alten Missbräuchen, und er spricht die Hoffnung aus, dass diese bald dem schönen Beispiel folgen möchten.

Dass in England die Koryphäen der Psychiatrie aus tiefster Ueberzeugung Anhänger des no-restraint-Systems blieben und dies mit aller Kraft vertheidigten, geht unter anderem hervor aus *Bucknill's* Worten in seinem Kapitel: „Treatment of insanity" aus seinem bekannten „Manual of psychological medecine", 2. Edition, 1862. Bekanntlich war Dr. *Bucknill* damals dirigirender Arzt im Devon County lunatic Asylum, und er schreibt über medical restraint and seclusion: „A work on Insanity would certainly

be defective if all mention of the topic which, of late, had so much engrossed the attention of alienist physicians were omitted. But although we have taken an active part in the warm discussion of the total abolition of mechanical restraints, we do not feel called upon to revive it in these pages. We have for sixtie years conducted a large asylum, whose admissions, during that time have amounted to 2400 cases, without having had occasion tot resort to the employment of M. R. in the treatment of insanity.

In the Devon County Asylum restraint is never employed, except in Surgical cases etc."

Und hören wir, was Dr. *Pelman* in seinen Reiseerinnerungen aus England und Frankreich im Jahre 1869 über die no-restraint-Frage sagt, welche ihn bei all' seinen Besuchen vorzugsweise beschäftigt hatte.

„Es handelt sich", sagt er, doch nur um die Frage, „ist die Behandlung von Irren ohne Anwendung von Zwangmitteln möglich, und wenn sie möglich ist, leistet sie uns dann dieselben Dienste, wie eine Behandlung mit Zwangmitteln?"

Und er antwortet: „Die erste Frage, die der Möglichkeit, sieht man in England allerorts gelöst und der Eindruck, den ich überall mit fortgenommen ist der, dass der no-restraint auch mehr leistet, auch besser ist als unsere Zwangmittel und Jacken u. s. w.

So auch äussert sich Dr. *Ripping*, nachdem er eine psychiatrische Reise in England und Schottland gemacht hatte über den no-restraint. „Zunächst muss ich offen bekennen, dass ich in keiner Anstalt ein Zwangmittel in Anwendung gesehen habe, weder in den Anstalten, welche das No-restraint-System auf ihre Fahne geschrieben haben, noch in denen, welche Zwangmittel erforderlichen Falls nicht perhorresciren.

Fürwahr ein Beweis, dass *Conolly*'s Reform vollständig in der Praxis in England eingebürgert ist.

Und wie steht's mit der Sache in Frankreich! dem Lande eines *Pinel, Esquirol, Morel!* Wiewohl das System den Französischen Collegen nicht unbekannt sein kann, wäre es auch nur durch die schöne Arbeit *Morel*'s: „Le non-restraint ou l'abolition des moyens coërcitifs dans le traitement de la folie". 1862 von ihm verfasst nach einer Reise durch England unternommen in der Absicht den N. S. (la méthode de non-coërcition) zu studiren, so scheint doch dieses System in Frankreich keine grossen Fortschritte gemacht zu haben. Ich kann dies bei meinem Besuche in den neuen Irrenanstalten des Seine-Departements St. Anne und Vaucluse im Jahre 1867 und im vorigen Jahre aus eigener Erfahrung bestätigen. Als ich in Mareville bei Nancy verweilte, drängte sich mir dieselbe Bemerkung auf. Die Einrichtung dieser Anstalt lässt so etwas gar nicht einmal zu. Das gute, was die Anstalt zu Mareville darbietet, die wunderschöne Lage, die geräumigen Werkstätten, grosse luftige Säle und Corridore und die Eintheilung in Pavillons, hat sie mit den meisten neuen französischen

Anstalten gemein. In Mareville sieht man aber keine Zellen, auch keine Isolirzimmer. Das Wartpersonal bestand theils aus Laien, theils aus Geistlichen, war aber für die Anwendung des no-restraints viel zu klein.

Derselben Meinung sind auch die Inspectoren der niederländischen Irrenanstalten in ihrem Referat an den Minister des Innern über „einige Irrenanstalten in Frankreich und die in denselben zur Anwendung kommende Beschäftigung der Patienten mit Feldarbeit, 1873".

Verlangen Sie noch ein Beispiel aus der Literatur, so will ich Ihnen die Meinung des Dr. *Jules Dragon* in Ville Evrard mittheilen. Er hat, ehe er sich aus der Praxis zurückzog, seine Bemerkungen über Irrenpflege mitgetheilt in seinem Buch „des aliénés et des asiles d'aliénés", 1875.

Unter den den Kranken auferlegten Strafen nennt er „la reprimande, la camisole, les douches et les bains". Von der Zwangjacke sagt er: „Malheureusement on ne peut espérer l'abolition d'une manière absolue. Le mot d'ordre du progrès ne doit pas être plus de camisoles, mais seulement le moins de camisoles possible."

Noch mehr mögen wir uns darüber verwundern, dass in verschiedenen Irrenanstalten in Nord-Amerika mechanische Zwangmittel noch so ziemlich an der Tagesordnung zu sein scheinen. Wir erinnern hier an die Schrift „Behind the bars" in dem Journal for mental Science 1872, und die zufolge dieser Schrift im April-Heft desselben Journals erschienene Abhandlung, worin Dr. *Ray*, Physician of the Butler Hospital for the Insane, Providence Rhode Island, honorary member of the British medical association, in einem Aufsatze, dessen Titel „Mechanical restraint in American Asylums" lautet das oben mitgetheilte Urtheil bestätigt. Dr. *John Gray*, Medical Superintendente of the State Lunatic asylum Utica im Stat New-York und Redacteur des American Journals of Insanity, in welchem er jährlich seinen Anstaltsbericht publicirt, macht von Restraint in seiner Anstalt keine Erwähnung, und aus den dieselbe betreffenden Rapports möchte man den Schluss ziehen, dass Restraint in dieser grossen Anstalt sehr wenig angewendet wird. Und in Deutschland, dem Lande der *Damerow*, *Roller*, *Griesinger!*

Man kann nicht sagen, dass das No-restraint dort mit offenen Armen empfangen ist. Im Gegentheil, wir kennen alle den darüber geführten Streit; wir wollen ihn nicht erneuern und hier nur an das ernste wissenschaftliche Streben erinnern. Nach *Griesinger*'s Versicherung war *L. Meyer* der erste, der das N. R. oder die freie Behandlung, wie er es nennt, in einer grösseren deutschen Anstalt einführte.

Ich will mich kurz fassen und nur noch erwähnen, was ich in den letzten Jahren in den neuen Anstalten in der Rheinprovinz, sowohl öffentlichen als einzelnen Privatanstalten sah, und was mir den Eindruck gab, dass man dort eine nahezu vollkommene Durchführung des N. R. beabsichtigte.

Wer das Handbuch von *Schüle*, 1878, und das Lehrbuch von *von Krafft-*

Ebing, 1879 zur Hand nimmt, wird bald sehen, dass besonders der Erstere sich entschieden zu den Vertheidigern des neuen Systems rechnet.

Und in der Schweiz! Der Verein Schweizerischer Irrenärzte sprach sich schon in seiner Jahresversammlung vom 13. Sept. 1863 einstimmig für gänzliche Beseitigung der mechanischen Zwangmittel in den Schweizerischen Irrenanstalten aus.

In den Niederlanden endlich! Die ersten Inspectoren, *Schroeder van der Kolk* und *Feith*, die zufolge des Niederländischen Irrengesetzes vom Jahre 1841 ernannt wurden, hatten keine Vorliebe für das neue System, obwohl dies noch während ihrer Amtsführung in der Anstalt Meerenberg unter der Leitung des dirigirenden Arztes Dr. *Everts* im Jahre 1850 vorläufig eingeführt und einige Jahre später von demselben consequent durchgeführt, seit der Zeit unmaassgeblich dort angewendet wird.

Professor *Schneevogt*, welcher hierauf zum Inspector ernannt wurde, war gleichfalls kein warmer Freund des neuen Systems.

Erst in dem letzten Rapport über die Irrenanstalten in den Niederlanden (1869—1874) treten die Herren Inspectoren *Ramaer* und *van de Capelle* als entschiedene Vertheidiger des N. R. auf und befürworten die Einführung desselben in unseren Anstalten.

Geraume Zeit blieb Meerenberg die einzige diesem System unbedingt huldigende Anstalt in den Niederlanden, bis es mir gelang in 1865 mit der Einrichtung von Isolirzimmern in der Zütphen'schen Anstalt einen ersten Schritt zu thun zur Abschaffung der mechanischen Zwangmittel, welche, wie ich schon oben erwähnte, nach Verlauf von zehn Jahren zu deren gänzlicher Abschaffung geführt hat.

Zufolge des erwähnten Rapports von 1869—1874 war man in der neuen Anstalt Condewater bei Rosmalen diesem Beispiel durch die Einrichtung von Isolirzimmern gefolgt.

Bei dieser allgemeinen Uebersicht war es mir schwer, den Schein zu vermeiden, als wäre ich nicht nur ein eifriger Streiter für die Abschaffung aller mechanischen Zwangmittel in der Psychiatrie, sondern auch selbst ein Schwärmer für dieselbe und ein nicht zu überzeugender Gegner jeder andern Methode.

Wie Sie wissen, hat die Literatur über diesen Gegenstand erstaunliche Dimensionen angenommen und man kann eben nicht sagen, dass der Streit mit leidenschaftsloser Ruhe geführt sei. Selbst ein Mann, wie *Roller*, konnte in seinen psychiatrischen Zeitfragen seiner selbst nicht immer Herr bleiben!

Man machte den grossen Fehler, restraint und no-restraint als Gegensätze zu betrachten, und liess sich gerade hierdurch von beiden Seiten die grössten Uebertreibungen zu Schulden kommen.

Wer deshalb diese Ausdrücke gebraucht, wird in den Augen anderer den Schein derselben Uebertreibung auf sich laden.

Die Skizze, welche ich vor Ihnen entwarf, liefert den deutlichen Be-

weis, dass die Abschaffung der mechanischen Zwangmittel auch ausserhalb England zwar langsame, aber doch sichere und unläugbare Fortschritte gemacht hat.

Eine Bemerkung hinsichtlich des geführten Streites sei mir erlaubt. Wir kennen viele Beispiele von Collegen, welche den No-restraint in ihren Anstalten eingeführt hatten und sich wohl dabei befanden; ich kenne kein einziges entgegengesetztes Beispiel, dass nämlich ein Irrenarzt, der einige Jahre hindurch die Zwangsjacke abgeschafft hatte, sie aus eigener Bewegung wieder eingeführt hätte. Hüten wir uns vor Uebertreibung. Ich wiederhole Ihnen meine Herren! mein Wunsch war, dass mein Vortrag den Titel hätte führen können: „In welchen Fällen und unter welchen Umständen können bei der Behandlung Irrsinniger mechanische Zwangmittel in Anwendung kommen?" Hiermit wäre allen überflüssigen und meines Erachtens einer guten Irrenpflege nachtheiligen Erörterungen vorgebeugt, welche ich so oft aus dem Munde von Collegen vernahm, z. B. „dass Einschliessen in eine Zelle doch auch Restraint sei".

Ein anderes Mal, wenn ich die Bemerkung machte, es sei doch für den Kranken viel besser, wenn ein lästiger Hallucinant, der bald diesen bald jenen anfährt, den er für den Urheber seiner unangenehmen Wahrnehmungen hält, durch Einschliessen in ein Einzelzimmer unschädlich gemacht und ihm irgend eine Beschäftigung gegeben werde, als wenn man ihn in der Zwangsjacke unter seinen Leidensgenossen umherlaufen liesse; erhielt ich zur Antwort: „ob denn der Aufenthalt in einem Einzelzimmer (Singleroom) nicht auch Zwang sei?" -

Endlich ein höchster und letzter Trumpf, „die ganze Anstalt sei ja Zwang"! Solche Erörterungen wünschte ich, wie gesagt, zu verhüten.

Conolly mag seiner Zeit ein deutliches Losungswort für seinen Zweck nöthig und unvermeidlich gehalten haben — wir leben in einer anderen Zeit. Doch geht man in manchen Anstalten mit der Abschaffung der Zwangmittel noch nicht so weit, als meiner Ueberzeugung nach Wissenschaft und Pflicht gebieten. Wie weit man damit gehen muss und gehen kann, ist meiner Meinung nach auf unübertreffliche Weise ausgeführt von *Griesinger* in seiner Schrift „Die freie Behandlung", ich erlaube mir deshalb diese Worte hier zu wiederholen:

„Der negative Theil dieser Methode besteht darin, dass keine mechanischen Mittel, welche den Gebrauch der Glieder beschränken, bei der Behandlung Geisteskranker angewandt werden. Die Kranken werden weder mit der Zwangsjacke bekleidet, noch in Zwangstühlen, noch sonst irgendwo befestigt oder gebunden; dem Willen des Kranken, der seinen Körper im Ganzen oder seine Extremitäten zu bewegen strebt, wird kein mechanisches Hinderniss entgegengesetzt; es sollen in ihm niemals die Empfindungen erregt werden, welche mit dem Binden oder Befestigen der Glieder verbunden sind. Mechanische Mittel, welche den Gebrauch der Glieder nicht

beschränken, also auch diese Empfindungen nicht machen, sind bei der freien Behandlung nicht nur nicht verpönt, sondern für eine gewisse Klasse von Kranken werthvoll und willkommen.

Dem Kranken, der es bedarf, werden also z. B. Kleider und Schuhe gegeben mit irgend einer mechanischen Vorrichtung, die ihm nicht gestattet, sie selbst auszuziehen — sei es auch nur, dass die Kleider hinten, statt vorn zugeknöpft werden — in denen er aber seine Glieder frei bewegen kann. Dies ist kein Zwang, so wenig es ein Zwang ist, wenn ich einem Kranken eine Decke gebe, die er nicht zerreissen kann. Der Kranke in jenen Kleidern oder Schuhen ist ja im Gebrauche seiner Glieder nicht beschränkt.

Es giebt Vorrichtungen, die noch gerade vor der Grenze des Zwanges stehen. Wenn ich z. B. einem Kranken, der stete Neigung zeigt, seinen Kopf zu zerkratzen, Kleider mit Aermeln, die über die Hand hergehen, oder Handschuhe nach der Art der grossen Winterhandschuhe anziehe (eine Bewegung der Finger muss der Handschuh gestatten), so erlauben ihm diese die Bewegung seiner Glieder im Ganzen vollkommen, beschränken aber allerdings in gewissen Richtungen den Gebrauch der Finger. In England gelten sie beim No-restraint für völlig erlaubt u. s. w."

Wenn man nun hierbei den Bau und die Einrichtung der Anstalten in England erwägt, wo Einzelzimmer in grosser Anzahl gefunden werden, dann kann man sich einen deutlichen Begriff davon machen, was ich unter einer rationellen Einführung der Grundsätze des N.-R.-Systems verstanden wissen will.

Meine Erfahrung wenigstens hat mich — und viele meiner Collegen haben dieselbe Erfahrung gemacht — gelehrt, dass man auf diese Weise allmälig sein Ziel erreicht. Dass man in einzelnen Fällen chirurgischer Art die Zwangsjacke oder die Zwangsriemen ganz entbehren kann, will ich nicht behaupten; in meiner Anstalt haben wir sie zu diesem Zwecke seit der Abschaffung noch nicht nöthig gehabt. Bei einer Fraktur des Unterarms bei einem Epilepticus z. B. konnten wir auch ohne dieselben unser Ziel erreichen.

Was jedoch in erster Stelle (*Griesinger* nennt sie die positive Seite) erwähnt und mit aller Kraft, die in uns ist, hervorgehoben werden muss, das ist der günstige moralische Einfluss, welchen die freie Behandlung auf das Leben in der Anstalt ausübt.

Und wie könnte dies auch wohl anders sein!!

Je mehr man die mechanischen Zwangmittel abschafft, desto näher kommt man der vollständigen Anerkennung der Menschenwürde auch der Irrsinnigen!

Es ist mir ganz aus dem Herzen gesprochen, was *Griesinger* sagt: „Da kommt jener andere Geist in die ganze Anstalt, der noch überall mit der Einführung des N. R. gekommen ist, jener ganz andere Ton, jene

ganz andere Haltung, die so bald in den der freien Behandlung huldigenden Anstalten Alles auf eine höhere Stufe heben." — Dixi [1]).

Populärer Aufsatz eines Irrenarztes vom Jahre 1816,

mitgetheilt durch Dr. *Berkhan*,
prakt. Arzt in Braunschweig.

Historisches: Der Verfasser des nachstehenden Aufsatzes, Professor Dr. *Fricke*, ward 1763 zu Braunschweig geboren, studirte 1789—92 in Göttingen Medicin und Chirurgie, trieb dabei eifrig Naturwissenschaften und erweiterte seine Kenntnisse auf späteren Reisen durch Holland, Frankreich, sowie durch einen Theil von Nord- und Süd-Amerika. 1723 wurde er Arzt am St. Alexii-Pflegehause zu Braunschweig. Dieses Haus, auch Werkhaus, vom Verfasser „Unsere Irrenanstalt" genannt, lag mitten in der Stadt und war derzeit an drei Seiten von Flusswasser umgeben. Professor *Fricke* wirkte an demselben bis 1823, in welchem Jahre er starb.

Der Aufsatz wurde im Braunschweigischen Magazin, im 5., 6. u. 7. Stück = 3., 10. u. 17. Februar 1816 veröffentlicht und lautet wortgetreu: Unsere Irrenanstalt. Vom Professor Dr. *Fricke*.

Irrenhäuser sind, nach *Zöllner*'s Ausspruche, schreckliche Anstalten der Wohlthätigkeit[2]). Ich möchte das Schreckliche nicht auf die Anstalten selbst beziehen, sondern vielmehr auf den Eindruck, den sie auf den gefühlvollen Menschen machen. „Bei der Ungewissheit unseres gegenwärtigen Zustandes, sagt *Johnson*, ist nichts schrecklicher und beunruhigender, als die ungewisse Dauer unserer Vernunft." Diese Bemerkung hebt den Widerspruch, der in *Zöllner*'s Aussprache zu liegen scheint. Solche Anstalten beabsichtigen entweder nur die Aufbewahrung der Verrückten, die sich selbst und andern gefährlich werden können, oder sie haben die Heilung dieser Kranken zum Zweck. Die bis jetzt bestehenden öffentlichen Irrenanstalten, welche die Heilung der Gemüthskranken bezwecken, dienen auch zugleich als Aufbewahrungsanstalt für Unheilbare.

Dass zur Kur der Geisteskranken Irrenanstalten nothwendige Erfordernisse sind, haben Aerzte und Psychologen jetzt ziemlich allgemein anerkannt. Solche Institute sind daher in wohleingerichteten Staaten aus doppeltem Grunde Bedürfnisse. „In keinem Privathause, sagt *Reil*[3]), kann der Umfang psychischer und physischer Mittel zu ihrer Heilung in der Vollkommenheit geschafft werden, als in einem Irrenhause. Die Kranken werden entfernt

---

[1]) Dem vorstehenden Aufsatze hofft die Red. auch die Discussion darüber nachfolgen lassen zu können, sobald die Verhandlungen über die Versammlung in Amsterdam veröffentlicht sein werden.

[2]) *Zöllner*'s Lesebuch für alle Stände. 3. Theil. Seite 139.

[3]) Rhapsodieen über Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle 1803. S. 455.

von Gegenständen, die sie immer von Neuem an ihre fixen Ideen erinnern. Sie sind umringt von lauter fremden Objecten, die ihre Aufmerksamkeit anziehen. Sie fühlen sich ausser dem Schoosse ihrer Familie verlassener, hoffen nirgends eine Stütze ihres Eigensinns und ergeben sich williger allen Vorschriften in einem fremden Hause, wo strenger Gehorsam an der Tagesordnung ist. Narren, Blödsinnige und Rasende gehören ohne Ausnahme alle hinein, und nur selten mag es Melancholische geben, die durch Kummer gebeugt sind, und noch so viele Besonnenheit haben, dass eine gewaltsame Trennung von ihrer Familie ihnen grössere Nachtheile verursachen, als das Irrenhaus ihnen Vortheile verschaffen kann.“ — Als der Doctor *Willis* die Behandlung der Königin von Portugal übernahm und sie aus ihrem Palaste nicht entfernen konnte, liess er zwar alle ihre Möbeln und alle ihre Domestiken verändern; aber sein ganzer Einfluss scheiterte, als die Rede davon war, dass sich die Königin auch von ihrem Beichtvater trennen müsse.

Unsere Irrenanstalt kann nach ihrer ursprünglichen Einrichtung nur die Aufbewahrung der an Geisteszerrüttung Leidenden zum Zweck haben. Sie ist, wie an mehreren Orten Deutschlands, mit einer Straf- und Besserungs-Anstalt, dem Werkhause verbunden. Begüterte Kranke dieser Art werden zwar völlig von den Züchtlingen abgesondert, in eigenen Zimmern verpflegt und behandelt, aber den grössten Theil dieser Unglücklichen muss der Aufenthalt unter den Gefangenen angewiesen werden. Zur Heilanstalt fehlt es dem Institute an vielen unentbehrlichen Hülfsmitteln. Dies ist auch wohl Ursache, wesswegen in unserer Anstalt früher zur Herstellung der Gemüthskranken wenig gethan wurde. Meine Vorgänger liessen sich durch den Mangel an Hülfsmitteln abschrecken und fanden vielleicht auch an den Officianten die Männer nicht, von welchen sie die nothwendige Unterstützung erwarten konnten. Der Letztere meiner Vorgänger blieb zwar in dieser Hinsicht nicht unthätig; aber er beschränkte sich zu sehr auf Anwendung vorgeblich specifischer Heilmittel, nahm zu wenig auf psychische Heilmethode Rücksicht, verursachte der Anstalt grosse Kosten, und war, wie sich erwarten liess, mit seiner Behandlungsart nicht glücklich.

Als ich im Jahre 1793 Arzt dieser Anstalt wurde, fand ich 51 Gemüthskranke und unter diesen fast alle Arten der Geisteszerrüttungen, von Blödsinn und fixem Wahnsinn an, bis zur Tollheit und Tobsucht. Eine so grosse Anzahl solcher Kranke, von welchen jeder eine besondere Aufmerksamkeit und eigene Behandlung erfordert; ein sehr eingeschränktes Local; Mangel an den erforderlichen Hülfsmitteln; ein unzureichendes Personal — waren Umstände, unter welchen die Aussicht nicht erfreulich sein konnte. Wir hatten damals die Hoffnung zu einem geräumigen zweckmässigen Locale, und überhaupt zu einer besseren Einrichtung dieser so nothwendigen Anstalt. Auf Vorstellung des Geh. Legationsraths *Henneberg* beschloss unser ewig unvergesslicher Herzog *Carl Wilhelm Ferdinand* ein geräumiges Gebäude für die Irrenanstalt aufführen zu lassen und diesem Institute eine zweckmässige, möglichst vollkommene Verfassung zu geben,

die traurige Katastrophe, die so viel Unglück für unser Land herbeiführte, vereitelte diesen Plan, als er der Ausführung nahe war.

Aller Hindernisse ungeachtet hat unsere Irrenanstalt in den letzten 20 Jahren auch als Heilanstalt viel geleistet, und mehr, als manche berühmte Anstalt dieser Art. Das Verhältniss der geheilten Geisteskranken fällt sehr günstig aus. Mancher Wahnsinnige, an dessen Genesung man zweifelte, ist seiner Familie wiedergegeben worden. Dabei sind die Kosten, welche die Anstalt dem Staate verursacht, geringer, und der strengste Finanzier würde ohne Bedenken und weiteres Nachfragen den Etat für unsere Irrenanstalt verwilligen.

Das Gute, welches durch sie bisher bewirkt worden ist, mir allein zuschreiben zu wollen, wäre eine Anmaassung, die mit meiner Denkungsart nicht verträglich ist. Bei meiner Anstellung bestand das Directorium aus Männern von Kenntnissen, welche nicht bloss Sinn für das Gute hatten, sondern auch thätig waren, es zu befördern, und sicher ist unser Publikum mit mir hierin einverstanden, wenn ich die Namen *Fredersdorf* und *Henneberg* nenne. Besonders konnte der Geh. Legationsrath *Henneberg*, an welchen noch jetzt bestehende wohlthätige Einrichtungen dankbar erinnern, thätig wirken, weil er das Zutrauen des besten Fürsten besass, und zur Erreichung seiner menschenfreundlichen Absichten zu benutzen wusste. Einige Verbesserungen, die zwar der Disharmonie mit dem ganzen Wege, die erwünschten Resultate nicht geben konnte, jedoch immer Verbesserungen waren, erhielt die Anstalt schon damals.

Bald darauf wurde als Administrator und Oberaufseher ein Mann angestellt, dem Rechtschaffenheit und Menschenliebe allgemeine Achtung erworben hatten. Viel Gutes wurde während seiner Administration bewirkt. Er vertauschte nach 3 Jahren diese Stelle mit einer anderen, die mit nicht so vielen Unannehmlichkeiten verbunden ist, und nützt jezt als Administrator des Waisenhauses, auch in anderen Fächern, durch seine Kenntnisse und unermüdete Thätigkeit.

Der Verlust, den die Anstalt durch die Versetzung des Herrn Commissair *Hille* erlitt, wurde ihr auf eine Art ersetzt, welche den Einsichten des damaligen Directoriums zur Ehre gereichte. Er veranlasste den jetzigen Administrator der Irrenanstalt und des Werkhauses, seine bürgerlichen Verhältnisse, in welchen er stand, aufzugeben und sich dem Dienste des Staats zu widmen. Der Herr Commissair *Dammann* hat grosse Verdienste um unsere Irrenanstalt. Rechtlichkeit, Sinn für Menschenwohl, Beharrlichkeit und Menschenkenntniss, durch Erfahrung erworben, charakterisiren ihn als würdigen Vorsteher einer Anstalt, die so viele heterogene Rücksichten erfordert. Redende Beweise sprechen für ihn. Selbst Personen, die er, seiner Pflicht gemäss, als Sträflinge behandeln musste, lassen ihm Gerechtigkeit widerfahren. Die Scene war auffallend, als noch kürzlich ein Soldat im fremden Dienste, der sich in dem letzten glorreichen Feldzuge Ehrenzeichen erworben hatte, bei seinem Durchmarsche ihn in Gegenwart seines Came-

raden und mehrerer Zeugen, unter welchen auch zufällig ich war, für die Behandlung dankte, durch welche er, wie er sich ausdrückte, ein guter Mensch geworden sei. Aehnliche Beispiele könnte ich mehrere aufführen. Auch die Stellen der Unterbedienten sind mit tüchtigen brauchbaren Männern besetzt. Sie sind von dem Herrn *C. Dammann* dazu in Vorschlag gebracht worden. Mit welchen Schwierigkeiten diese bei ihrer Pflichtausführung zu kämpfen haben, wie lästig und unangenehm ihr Dienst ist, darüber kann nur der urtheilen, der solche Anstalten kennt. Das häusliche Glück, welches der Herr *C. Dammann* geniesst, hat auch auf unsere Irrenanstalt wohlthätigen Einfluss. Wo es thunlich ist, sucht seine würdige Gattin die Unglücklichen durch Zerstreuung und liebreiche Behandlung aufzuheitern und hat oftmals zu ihrer Herstellung vieles beigetragen.

Dies Zusammentreffen günstiger Umstände füllte manche Lücke in der fehlerhaften Einrichtung unserer Irrenanstalt aus. Guter Wille und Beharrlichkeit überwinden in solchen Fällen Schwierigkeiten, die, so wie sie sich uns entgegenstellen, unsere Kräfte zu übertreffen scheinen. Den von *Reil* aufgestellten Grundsatz: Man nütze, was man hat. Ertrag, sei er auch noch so geringe, ist besser, als Brache, brachten wir früher in Anwendung, als dessen treffliches Werk erschien. Aufmerksames Beobachten leitete uns zu Erfahrungen. Erfahrungen gaben uns Hülfsmittel an die Hand, durch welche wir Hindernissen, die wir vorher für unüberwindlich hielten, Trotz bieten konnten. Wir haben dabei die trefflichen Vorschläge des würdigen *Wagnitz*[1]) benutzt, der, wenn seine Verhältnisse es ihm verstattet hätten, ein zweiter *Howard* geworden wäre.

Die Behandlung der Geisteskranken ist höchst schwierig, wenn sie auf Heilung abzwecken soll. Mit specifischen Heilmitteln ist der Arzt bald am Ende, und auch der rationelle Arzt stösst auf Klippen, über welche sein Scharfsinn sich nicht zu schwingen vermag. Die Fälle, in welchen allein eine körperliche Kurmethode hinreichend ist, sind so selten, dass mir unter mehr als 4000 Verrückten, die ich in 22 Jahren zu behandeln gehabt habe, nur 2 Mal solche Fälle vorgekommen sind. Man ist wohl jetzt darüber einverstanden, dass alle Geisteszerrüttungen für psychische Kurmethode geeignet sind. Hier muss der Psychologe dem Arzte die Hand bieten, oder — vielleicht besser — umgekehrt. Wie gut wäre es, wenn sich die Psychologen, mehr wie bisher, mit Anwendung der Erfahrungs-Seelenkunde befassten! In der wirklichen Welt ist Manches anders, als es sich am Schreibpult unserer Einbildung zeigt. Vergebens habe ich einen unserer berühmten Psychologen gebeten, unsere Irrenanstalt öfter zu besuchen und uns zu unterstützen, wenn wir strauchelten.

Dem Menschenfreunde wird es angenehm sein, unsere Irrenanstalt von

---

[1]) Historische Nachrichten und Bemerkungen über die merkwürdigsten Zuchthäuser in Deutschland u. s. w. Halle 1794. 2. Bd. 2. Hälfte. S. 247 u. f.

einer Seite kennen zu lernen, von welcher sie in einem nicht unvortheilhaften Lichte erscheint. Es ist nicht meine Absicht, umständliche Krankengeschichten, ausführliche Beschreibungen der Behandlung einzelner Geisteskranke und hierauf bezughabende psychologische Betrachtungen, wozu die Annalen unserer Anstalt reichlichen Stoff darbieten, zu liefern, weil nach meiner Ansicht alles dies sich nicht für diese Blätter eignet, und ich mich über manches hierher Gehörige an einem andern Orte weitläuftig auslassen werde; sondern ich will kurz, aber wahr und treu, erzählen, wie wir, bei unserm eingeschränkten Wirkungskreise, unsere Kranken im Allgemeinen psychisch behandeln und auf welche Art wir den Mangel an Hülfsmitteln nach Möglichkeit zu ersetzen streben.

Wie wenig sich in den mehrsten Fällen von der arzneilichen Kurmethode erwarten lässt, hat auch mir Erfahrung gezeigt[1]). Man wird es mir zutrauen, dass ich nicht unterlasse direct auf den Körper zu wirken, sobald ich Anzeige dazu vorfinde, und auf materielle Ursachen besonders meine Aufmerksamkeit richte. Zu vorgeblich specifischen Mitteln nehme ich nur dann meine Zuflucht, wenn die psychische Kurmethode in dem beschränkten Umfange, in welchem wir sie anwenden können, nichts fruchtete, und ich Gründe zu haben glaube, dass noch Heilung möglich sei. Der Vorwurf, den *Reil* dem handfesten Empiriker macht, dass er sich gleich einem blinden Maulwurf in die Eingeweide seiner Geisteskranken einwühlt und die Seele sucht, wo die Natur die Werkstätte für die niedrigsten Operationen der Thierheit angelegt hat, kann wohl auf diese empirische Behandlung, als das letzte Zufluchtsmittel nicht bezogen werden.

Als Heilanstalt betrachtet ist unsere Irrenanstalt weit davon entfernt, um den Forderungen in Beziehung auf ihren Zweck zu entsprechen; zu ihren Fehlern aber rechne ich den Aufenthalt der Geisteskranken unter den Gefangenen nicht. Diese Aeusserung muss auffallen, da Aerzte, Psychologen und Menschenfreunde sich laut und nachdrücklich gegen solche Einrichtung erklären. Schon unser Gefühl empört sich, wenn wir Unglückliche, die ihrer Vernunft beraubt sind, unter Verbrechern finden, und mit grellen Farben schildern die Schriftsteller die Nachtheile, die aus einer so fehlerhaften, mit dem gesunden Menschenverstande im Widerspruch stehende Einrichtung entspringen. Ich muss mich daher gegen Missdeutungen im Voraus sichern.

Sollte ich den Plan zu einer Irrenanstalt entwerfen, so würde es mir nicht einfallen, sie mit einer Strafanstalt oder einem Krankenhause in Verbindung zu bringen. Ich würde die Ideen der Männer zu realisiren suchen, die bis zum jetzigen Standpunkt unseres Wissens alles hierher Gehörige erschöpft haben und dabei meine eigene zwanzigjährige Erfahrung benutzen. Noch

---

[1]) Dass Arten der Geisteszerrüttung hiervon Ausnahme machen, ist dem Arzte bekannt. Ich schreibe, wie ich eben bemerkt habe, keine Abhandlung über Geisteszerrüttungen.

fehlt es aber, wie *Reil* sagt, an einem Moment, das leicht genannt, aber schwer geschafft wird, Geld zur Ausführung dieser Ideen, — und so ist dann auch eine vollkommene Irrenanstalt bis jetzt noch Ideal und wird es noch lange bleiben.

Reil's Aeusserung, dass Irrende, die noch einige Besonnenheit haben, vollends rasend werden müssen über die Unvernunft ihrer Nebenmenschen, diese mit Dieben und Mördern in eine Klasse zusammenstellen, wäre für unsere Irrenanstalt sehr niederschlagend, wenn nicht die Erfahrung auch hier lehrte, dass Manches schlimmer scheint, als es wirklich ist. Der Gesichtspunkt, aus welchem wir eine Sache betrachten, verrückt sich oft gegen unseren Willen, und wir sehen dann zuweilen nur die schlimme, nicht aber zugleich die gute Seite.

Im Durchschnitt sind fünf Sechstheile der Gefangenen im hiesigen Werkhause Diebe. Diese Klasse von Verbrechern nutzen wir besonders für unsere Irrenanstalt, nicht allein, weil sie die Mehrzahl der Gefangenen ausmacht, sondern weil sie unseren Absichten am besten entspricht. Ich fühle es wohl, wie sehr ich durch dies Bekenntniss anstosse, bitte aber, dass man mich anhöre, bevor man urtheilt. Würde man es uns überhaupt verargen, wenn wir Verbrecher zu guten Absichten nützen, auch im Fall die Nothwendigkeit nicht einträte? Wie würden wir einigen 40 Verrückten Pflege und Wartung geben können, wenn wir die Gefangenen nicht hätten? Ohne Rücksicht auf die grossen Kosten wäre es schwierig, eine hinreichende Anzahl Menschen zu finden, welche die erforderlichen Eigenschaften besitzen, und zu Wärtern der Verrückten in einer Irrenanstalt sich hinzugeben geneigt wären. Die Privatanstalten des Dr. *Willis* in Greatford, des Dr. *Arnold* zu Leicester und auch die Schottländische, von den Quäkern bei York errichtete, Irrenanstalt können in dieser Hinsicht mit keiner öffentlichen Irrenanstalt verglichen werden.

Von einem Wärter der Verrückten fordert man Klugheit, Vorsicht [1]) und ich möchte hinzusetzen, Gewandtheit — Eigenschaften, wodurch sich die mehrsten Diebe auszeichnen. Um sie anzuhalten, ihre Fähigkeiten nur zu unseren Absichten anzuwenden, dazu haben wir Mittel, die wir auch erst durch Erfahrung kennen lernten. Nicht durch Strenge, sondern durch milde Behandlung, durch kleine Vortheile, welche sie erhalten, und, unter Umständen, auch durch Ehrgefühl gewinnen wir diese Menschen für unsere Absichten. Diejenigen, die durch bösen Willen ihren Charakter verrathen, gebrauchen wir nicht. Es giebt bekanntlich Menschen, die politische Bildung, Gefühle und Begriffe von Recht und Unrecht haben, nur das siebente Gebot nicht halten können. Solche Menschen, die dabei auch mehr oder weniger moralisch gebildet sind, haben wir nicht selten unter den Sträflingen, und diese werden uns zuweilen sehr nützlich, indem sie unsere un-

[1]) *Wagnitz* a. angef. Orte S. 257.



glücklichen Kranken mit einer Theilnahme und Gewissenhaftigkeit pflegen, als man es nur vom moralisch gebildeten Menschen erwarten kann.

Wem fällt hierbei nicht *Gall's* Physiognomik ein? Statt aller Bemerkungen hierüber führe ich folgenden, nicht uninteressanten Fall an. Als der Dr. *Gall* die hiesige Irrenanstalt und das Werkhaus besuchte, wurde ihm ein Bursche, 13 Jahre alt, der Diebstahls wegen zum zweiten Male zur Werkhausstrafe verurtheilt war, vorgestellt. *Gall* machte die Gesellschaft auf dessen hervorstechendes Diebesorgan aufmerksam, und demonstrirte, wie er auch in anderen Zuchthäusern gethan hat, die Nothwendigkeit, dass dieser Bursche zeitlebens eingesperrt werden müsse, weil er, seines Diebesorgans wegen, das Stehlen, auch bei dem festen Vorsatze, nicht lassen könne. Der Bursche warf dem Dr. *Gall* einen bedeutenden Blick zu, setzte sich an sein Spinnrad und schlug kein Auge wieder auf. Da unsere Criminalgesetze nicht nach *Gall's* Schädellehre geformt sind, so wurde er, dieser Warnung ungeachtet, nach Ablauf seiner Strafzeit entlassen. Etwa ein Jahr nach seiner Entlassung erhielt der Hr. Commissair *Dammann* ein Schreiben von ihm, in den heftigsten Ausdrücken gegen *Gall* abgefasst: „Es sei ihm unbegreiflich, dass sich vernünftige Leute von dem Dr. *Gall* weis machen liessen, man könne durch das Befühlen des Kopfs wissen, was in dem Menschen stecke. *Gall* sei —, dies wolle er durch sich selbst beweisen. In seinem jetzigen Dienste hätte er jede Stunde Gelegenheit zum Stehlen. Er habe viel Geld unter Händen; zu stehlen fiele ihm nicht ein. Dem Dr. *Gall* würde er es nie vergeben, dass er um seiner — hier stand ein niedriger Ausdruck — Ansehen zu geben, ihn zeitlebens habe einsperren wollen." Der Schluss enthielt Danksagungen an den Hrn. C. *Dammann* und den Hausvater gerichtet.

Mörder haben wir im hiesigen Werkhause nicht; auch werden wohl überwiesene directe Mörder nicht zur Werkhausstrafe verurtheilt. Kindesmörderinnen machen hiervon eine Ausnahme: in der Regel sind diese unter die Seelenkranken zu rechnen. Selten befinden sich unter den Gefangenen im hiesigen Werkhause grobe Verbrecher, und es dürfen, einer besonderen Verordnung zufolge, keine Verbrecher in das Werkhaus aufgenommen werden, die eine entehrende Strafe erlitten haben. Inzwischen giebt es unter den Gefangenen noch andere Verbrecher, die nicht zu den Dieben oder Mördern gehören, die ich aber gern aus dem Werkhause verbannt sehen möchte, weil sie der Irrenanstalt allerdings nachtheilig sind, und ich Gründe habe, die Irrenanstalt als Hauptanstalt zu betrachten. Dadurch erhielte die Anstalt, auch so, wie sie jetzt ist, eine wesentliche Verbesserung. Auch Menschen, denen die Wohnung im Werkhause angewiesen wird, blos weil sie dem Staate zur Last fallen, werden uns sehr lästig und hinderlich.

Durch die Sträflinge sind wir im Stande, unsere Geisteskranken unter gehörige Aufsicht zu stellen und erlangen dadurch den wichtigen Vortheil, dass wir sie frei umhergehen lassen können; ein Umstand, der in manchen Fällen viel zu ihrer Wiederherstellung beiträgt. Der Fall ist nicht selten,

dass uns vom Lande Wahnsinnige, an Händen und Füssen geknebelt, geliefert und als sehr gefährliche Menschen geschildert werden. Nur wenn die Gefahr zu gross ist, wird der Versuch, ihnen die Freiheit zu geben, unterlassen, und nie sind dadurch, dass wir ihre Banden lösten, nachtheilige Folgen entstanden. Im Gegentheil haben wir der Fälle mehrere, dass diese Unglücklichen von dem Augenblicke an, in welchem sie den freien Gebrauch ihrer Glieder erhielten, ruhig wurden, und in nicht gar langer Zeit die Anstalt gesund verliessen. Wir benutzen diese Erfahrung, die schon mehrere Aerzte, welche Irrenanstalten vorstehen, gemacht haben, vermeiden es möglichst, Verrückte einzusperren, und betrachten die Einsperrung nur als psychisches Heilmittel, das wir anwenden, wenn wir Nutzen davon zu hoffen haben. Wird die Freiheit der Wahnsinnigen gefährlich; so wenden wir den Armriemen an, durch welchen die Oberarme auf den Rücken zusammengeschnallt werden, so dass ihnen der Gebrauch der Hände noch bleibt, und ist dies zur Sicherheit noch nicht hinreichend, so bedienen wir uns der Zwangsweste, die ihnen auch den Gebrauch ihrer Hände benimmt. Nur des Nachts werden gefährliche Wahnsinnige in sichere Verwahrung gebracht.

Oefters besuchen neugierige Fremde unsere Irrenanstalt, die ihre Verwunderung darüber äussern, dass sie keine Unglückliche an Ketten vorfinden. Manche dieser Neugierigen verlassen die Anstalt mit einer sichtbaren Unzufriedenheit, wie man wohl das Schauspielhaus verlässt, wenn das gegebene Stück unsere Erwartung nicht befriedigt hat [1]). Unsere Anstalt hat keinen Höllengang, in welchem alle Rasende, jeder in seinem eigenen Kobel eingesperrt sind, und wo immer einer den anderen durch fürchterliche Töne zu überschreien und oft durch ganz neue fürchterliche Töne zum Schweigen zu bringen sucht [2]).

Für die Gemüthskranken ist ein eigener Aufwärter und eine eigene Aufwärterin bestellt, die unter den Gefangenen ausgewählt werden. Sie sind von Arbeit frei, und müssen für Wartung und besonders für Reinlichlichkeit dieser Kranken sorgen. Subjectiv Heilbare empfehlen wir noch besonders Personen unter den Gefangenen, die wir für jeden Fall instruiren, wie sie den ihnen zur Aufsicht anvertrauten Kranken behandeln müssen. Finden wir es nöthig, so erhalten mehrere für einen Kranken denselben Auftrag. Hierbei kommt es uns sehr zu statten, dass wir die Gefangenen ständig beobachten und auf ihre Handlungen aufmerksam sein können, ohne dass sie wissen, dass man sie beobachtet.

Oftmals bewundere ich die Geduld, welche diese Menschen dem Unsinn der Kranken entgegensetzen; und wenn auf diesem Wege Heilung möglich

---

[1]) Ich halte mit *von Halem*, *Wagnitz*, *Reil*, *Wagner* u. m. die Fremdenbesuche im Irrenhause durchaus für nachtheilig: sie dürfen nur mit Einschränkung und unter besonderen Umständen gestattet werden.

[2]) *Pockel's* Denkwürdigkeiten. Erste Sammlung. S. 166.



ist, so erfolgt sie gewiss. Ich könnte auffallende Züge anführen, mit welcher Gewandtheit sie zu Werke gehen, um besonders fixe Ideen der Kranken zu vernichten. Sie machen mich zuweilen auf Umstände aufmerksam, die mir entgangen sind. Ein rüstiger gesunder Bauer, der die fixe Idee hatte, er müsse hingerichtet werden, ohne weiter einen Grund dabei angeben zu können und, weil sich Niemand zur Uebernahme des Henkergeschäfts finden wollte, sich selbst zu entleiben versuchte, wurde binnen 4 Wochen allein durch die Sträflinge geheilt. Ihrer Instruction gemäss liessen sie ihm die Todesart, durch welche er sterben wollte, selbst wählen, machten Anstalten dazu, wussten sie ihm dann zum Theil durch sonderbare Wendungen verhasst zu machen, schlugen ihm eine andere Todesart vor, leiteten ihn wieder auf Ansichten, die ihm Abscheu dagegen erregen mussten, und so wurde, bei Arbeit und einer sparsamen Diät, diese Idee gänzlich aus seiner Seele verwischt. Eine Frauensperson, die einen grossen Herrn niedergeschluckt zu haben wähnte, mancherlei Excesse beging und einige Monate unter den Händen eines Arztes gewesen war, wurde durch ähnliche Behandlung, ohne Arzneimittel, völlig hergestellt.

Nur mit Narren, deren Narrheit nur in's Lächerliche fällt, will es uns nicht recht glücken. Der Grund liegt theils darin, dass es den mehrsten Menschen schwer fällt, sich in ernsthafter Stimmung zu erhalten, wenn sie Lächerlichkeiten sehen, und die Behandlung der Narrheit, wie im Allgemeinen jede Verrücktheit, ein ernsthaftes Benehmen erfordert; theils auch dass solche Narren die Sträflinge zu oft in ihrer Arbeit stören, ihren Unwillen rege machen, und dann die Theilnahme wegfällt. Vor mehreren Jahren machten sich die Studenten in Helmstedt den Spass, einen Narren, mit papiernen Sternen beklebt, hierher zu fördern. Der Mensch meldete sich im Thore als König von Nazareth und wurde, wie sich's gebührte, in's Irrenhaus geschickt. Ausser mehreren Narrheiten bezeugte er seine Verwunderung über die Verrückten auf eine Art, welche die ganze Sippschaft der Gefangenen in eine lächerliche Stimmung setzte, aus der sie, so lange sich dieser Mensch in der Anstalt befand, nicht zu bringen war. Auch bei Gemüthskranken, die unter dem Namen der Staatskostgänger in der dritten Etage eigene Zimmer bewohnen, bedienen wir uns der Gefangenen, wenn wir ihre Herstellung zu bezwecken suchen. Die Wahl geschieht hier mit Vorsicht, weil sie dann der beständigen Beobachtung entzogen sind. Der Erfolg hat öfters bewiesen, dass auch alsdann diese Menschen ihrer Instruction gemäss handeln. Der Kaufmann S. aus M., allgemein als rechtschaffener Mann anerkannt, der bei der französischen Occupation durch sein Ansehen und seine Kenntnisse der Stadt wesentliche Dienste geleistet hat, verlor durch fehlschlagende Spekulationen sein ganzes Vermögen. Sein Ehrgefühl ertrug diesen harten Schlag nicht: er wurde wahnsinnig. Dieser unglückliche Mann wurde uns von seinen Freunden dringend empfohlen. So schwierig auch die Heilung des Wahnsinns, aus solchen Ursachen entstanden, ist; so brachten wir doch unseren Kranken,

durch Hülfe eines gewandten Menschen, der ihm zur Gesellschaft gegeben wurde, in kurzer Zeit so weit, dass er täglich mehrere Stunden in der Familie des Herrn C. *Dammann* zubringen konnte. Zweckmässige Vorstellungen, liebreiche Behandlung und Aufmunterung minderten die Abnormität seiner Geisteskräfte in dem Grade, dass man ihm bald gestatten konnte, sich Bewegungen in freier Luft, selbst ohne Begleitung, zu machen. Der Besuch seiner redlichen Freunde aus M., in deren Gesellschaft er einen Tag zubrachte, bewirkte seine gänzliche Herstellung [1]. Nach acht Wochen reiste er gesund von hier ab. Der Dr. *R.* war aus übertriebenem Ehrgeiz wahnsinnig geworden, Eigensinn, Unfolgsamkeit, wodurch sich diese Form des Wahnsinns besonders auszeichnet, zeigte er in einem hohen Grade. Ein paar Wärter, aus den Gefangenen gewählt, die sich abwechselnd in seinem Zimmer aufhielten, brachten ihn zur Folgsamkeit, ohne sich an ihn auf irgend eine Art thätig vergriffen zu haben, und er wurde geheilt.

Begreiflich haben wir zuweilen Menschen nöthig, die Muth, Entschlossenheit und auch Körperstärke besitzen, weil bei Wahnsinnigen die Muskelkräfte oft bis zu einem unglaublichen Grade gesteigert sind. An solchen Menschen fehlt es uns selten, und es ist mir noch nie der Fall vorgekommen, dass ein Wahnsinniger in unserer Anstalt Schaden angerichtet hätte, weil immer Menschen gegenwärtig sind, die dies verhüten. Ein Grenadier wurde uns in einer so heftigen Raserei zugeschickt, dass wir ihn sogleich einsperren mussten. Seine äusserste Wuth und seine ausserordentliche Körperstärke, mit der er alles niederwarf, hinderten eine genaue Untersuchung und man war froh, als man ihn in seine Coje eingesperrt hatte. Bald entdeckte es sich, dass er ein abgebrochenes Messer bei sich habe, und nun verging eine geraume Zeit, ehe sich Jemand fand, der es wagte, sich diesem wüthenden Menschen zu nähern. Endlich erbot sich ein junger Bauernbursche, der seinem Dienstherrn Würste gestohlen, ihm das Messer abzunehmen, und erfüllte sein Anerbieten mit vieler Entschlossenheit und Geschicklichkeit. Der Mensch wurde aus seinem Behältnisse hervorgezogen und gereinigt. Er ist zwar noch verrückt, leistet aber seit 17 Jahren durch seine körperlichen Arbeiten der Anstalt wesentliche Dienste.

Unläugbar sind Zerstreuung und Beschäftigung kräftige psychische Heilmittel bei Geisteszerrüttungen. Schon der Umgang mit Menschen und mit vielen Menschen ist, in manchen Fällen, dem Kranken Zerstreuung und wirkt mit zu seiner Herstellung. Dass wir nicht jedem Kranken, auch wenn er sich dazu eignet, eine ihm angemessene Beschäftigung geben

[1]) Es waren angenehme Stunden, die ich mit diesen braven Männern durchlebte. Hier zeigte sich die Freundschaft rein und wahr. Ein Freund unsers bedaurungswürdigen Kranken, ein biederer, angesehener Mann, machte nicht nur mehrere Male, seines unglücklichen Freundes wegen, die Reise hierher, sondern leistete ihm auch des Nachts, in einem Zimmer mit ihm eingeschlossen, Gesellschaft.

können, ist einleuchtend: indess macht oft schon die ihm in die Augen fallende Thätigkeit, die mit Stille und Ernst betrieben wird, einen vortheilhaften Eindruck. Beispiele reizen zur Nachahmung, und wir sehen nicht selten, dass unsere Kranken freiwillig anfangen sich mit Handarbeiten zu beschäftigen, die ihnen vorher ganz fremd waren. Das ist immer eine gute Vorbedeutung. Gemüthskranke, die früher an Handarbeiten gewöhnt sind, werden dazu angehalten, wenn es in den Kurplan passt.

Mit vollem Recht zählt man zu den Hauptfehlern unserer Irrenanstalt den Mangel eines freien Platzes. Nicht ein kleines Plätzchen ist uns vergönnt, wo die liebe Sonne ihre wohlthätigen Strahlen auf unsere Kranken herabsenden könnte. Hier einigermaassen Ersatz zu schaffen, ist eine schwere Aufgabe.

Jeder von den beiden Schlafsälen hat 15½ Fuss Breite und 76 Fuss Tiefe. Neben den Bettstellen bleibt auf jeder Seite ein Raum von 5 Fuss. Diese Schlafsäle nützen wir als Bewegungsplätze für unsere Kranken. Wer hier tadeln will, dem habe ich nichts zu erwidern. Meine Sorge war es, in diesen Schlafsälen reine, gesunde Luft zu schaffen, damit der Zweck, wozu uns die Nothwendigkeit sie zu gebrauchen zwingt, doch einigermaassen erreicht werde. Wir können zwar durch Zugluft die Luft in den Schlafsälen erneuern; aber es entwickeln sich aus den Schlafstellen Dünste, die sich schon durch ihren Geruch als nachtheilig für die Gesundheit verrathen. Bei aller Reinlichkeit, die schon *Wagnitz* [1]) an unserer Anstalt lobt, konnten diese schädlichen Ausdünstungen nicht verhindert werden. Mehrere bis dahin bekannte Räucherungsmittel wurden angewandt, um die Luft zu verbessern; da aber diese die schädlichen Stoffe nur einhüllen, nicht zerstören, so wurde zwar dadurch der üble Geruch gemindert, aber der nachtheilige Einfluss auf die Gesundheit nicht aufgehoben. Noch in der Mitte des Jahres 1802 brach in der Anstalt ein ansteckendes Nervenfieber aus, das ausser einigen Kranken und Gefangenen, zwei von den Unterbedienten binnen fünf Tagen hinwegraffte.

Um diese Zeit wurde die Anwendung der Mineralsäuren zur Verbesserung der Luft, besonders in ansteckenden Krankheiten auch in Deutschland bekannt. Ich säumte nicht, hierüber Versuche anzustellen, zumal da es mir als Pflicht oblag, auf solche Erfindungen aufmerksam zu sein, indem das von dem Höchstseeligen Herzoge *Carl Wilhelm Ferdinand* errichtete physikalisch-medicinische Institut die Tendenz hatte, chemisch-physikalische Erfindungen, die auf physisches und bürgerliches Wohl Bezug haben, gemeinnützig zu machen. Als die Versuche erwünscht ausfielen, so wurde das Räuchern mit oxygenirter Salzsäure eingeführt [2]). Durch dies Mittel,

---

[1]) Am angef. Orte 2. B. I. Hälfte. S. 20.

[2]) Ich darf mich rühmen, im nördlichen Deutschland der erste gewesen zu sein, der die Versuche über das Räuchern mit Mineralsäuren in einer öffentlichen Anstalt wiederholte. Vor 13 Jahren schon machte ich einen

durch strenge Reinlichkeit und durch gesunde Nahrung erhalten wir, ohngeachtet uns so viel im Wege steht, eine auffallende Salubrität[1]). In den Schlafsälen ist beständig eine so reine Luft, wie man sie in vielen Privathäusern nicht findet.

Bis zur Reconvalescenz bin ich der Behandlung der Kranken wegen nur selten in Verlegenheit; aber dann stellten sich Hindernisse entgegen, die nicht alle zu entfernen sind — dann werden die Mängel unserer Anstalt recht fühlbar. Von dem Eindrucke, welchen die Seele erhält, wenn der Kranke anfängt sich seines Zustandes bewusst zu werden, hängt oftmals sein künftiges Wohl und Wehe ab. Dieser Eindruck ist so verschieden, als Temperament, Leidenschaften, Erziehung, Begriff von Ehre und selbst äussere Verhältnisse verschieden sind: ihn zu verwischen, wenn er nachtheilige Folgen hat, hält sehr schwer, wenn auch der Arzt im Besitze aller physischen Heilmittel wäre und sie zu benutzen wüsste.

Sobald die Geisteskräfte des Kranken anfangen normal zu werden, tritt in Anstalten wie die unserige ist, die Nothwendigkeit ein, ihn aus seinen bis dahin bestehenden Verhältnissen herauszureissen und von allen seinen bisherigen Umgebungen zu entfernen. Dazu fehlt es nun aber an Raum und nur in besonderen Fällen sind wir im Stande, dies möglich zu machen. Wir erreichen zwar durch andere Mittel nicht selten unsern Zweck, wie Thatsachen beweisen; stossen aber dabei immer auf Schwierigkeiten, die uns daran erinnern, dass Mangel an Raum zu den grossen Fehlern unserer Irrenanstalt gehöre.

Es kann nicht fehlen, dass auf mehrere unserer Kranken, wenn sie anfangen, sich ihrer bewusst zu werden, ihr Aufenthalt einen widrigen Eindruck machen muss. Bei Manchen äussert sich die Wirkung dieses Eindrucks durch Heftigkeit. Sie machen uns und ihren Angehörigen bittere Vorwürfe, und suchen ihre Entlassung, wenn sie noch nicht dazu fähig sind, als Recht zu ertrotzen. Wir setzen ihrer Heftigkeit Ruhe entgegen; suchen ihnen mit Schonung begreiflich zu machen, dass ihre Anverwandten durch ihre Krankheit in die Nothwendigkeit versetzt gewesen wären,

---

auffallenden und entscheidenden Versuch. Ein Zimmer in unserer Anstalt wurde mit unreinen stinkenden Kleidungsstücken von Wahnsinnigen und Gefangenen angefüllt, Thür und Fenster verschlossen und nach einiger Zeit, in Gegenwart aller Hausofficianten geöffnet. Es kam uns ein unerträglicher Gestank entgegen; im Zimmer selbst wurde das Athmen sehr beschwerlich. Als sich kaum 5 Minuten die oxygenirte Salzsäure entwickelt hatte, athmeten wir frei, und der Gestank hatte sich verloren. Es wurde darauf jedes Kleidungsstück einzeln durchgeräuchert, und auch der ekelhafte Geruch dieser Kleidungsstücke verschwand gänzlich.

[1]) In den vorletzten 12 Jahren, 1792 bis 1803, betrugen die Rechnungen für Arzneien 3136 Thlr. 23 gGr. und in den letzten 12 Jahren, 1804 bis 1815, nur 1311 Thlr. 4 gGr.

sie uns in Pflege und Kur zu geben; dass sie die Gefangenen als ihre Wärter, die sie in ihrer Krankheit gepflegt und zu ihrer Genesung mitgewirkt hätten, betrachten müssen und dass ihrer Entlassung nichts im Wege stehe, sobald ihre völlige Genesung erfolgt sei. Oft fruchten diese ruhigen Vorstellungen, oft aber auch nicht. Alsdann zeigen wir Ernst, erklären ihnen, dass der Kranke dem Arzte Folge leisten müsse und kündigen ihnen an, dass sie ihre Entlassung nicht früher zu hoffen hätten, als bis sie uns Beweise gäben, die für ihr künftiges Benehmen bürgten. Dies Verfahren hat zuweilen eine auffallende gute Wirkung.

Andere Kranke zeigen beim Besonnenwerden eine gänzliche Muthlosigkeit. Sie glauben ihre politische Existenz vernichtet, sich aus der bürgerlichen Gesellschaft ausgestossen. Diese suchen wir durch eine freundliche Begegnung, durch Befriedigung ihrer Wünsche und Zerstreuung, soviel es die Umstände verstatten, durch möglichste Verbergung ihres wahren Krankheitszustandes, durch eine angenehme Perspective u. s. w. aufzumuntern — und so richten wir unser Verfahren ein, um den Eindruck zu begegnen, den der Aufenthaltsort auf unsere Kranken macht, wenn sie besonnen werden.

Dass hier Collisionen eintreten, die nicht zu vermitteln sind, und daher der Erfolg nicht immer erwünscht sei, lässt sich leicht begreifen. Besonders schwierig wird unter diesen Umständen die Behandlung des periodischen Wahnsinns. Manchmal ist die Sehnsucht der besonnen werdenden Kranken nach ihrer Familie, oder auch nur nach Freiheit so gross, dass traurige Folgen entstehen, wenn sie unbefriedigt bleibt. Ein Soldat, der vom Wahnsinn hergestellt war, bat dringend um seine Entlassung. Sie verzögerte sich, weil deshalb an seine Behörde berichtet werden musste, und alle Versicherungen, dass seine Entlassung von dem Befehle seiner Behörde, der stündlich erwartet werde, abhinge, beruhigten ihn nicht. Denselben Tag als dieser Befehl anlangte, war er von Neuem wahnsinnig geworden; aber sein Wahnsinn hatte nun eine ganz andere Form: er starb nach drei Wochen, ohne seine Vernunft wieder erhalten zu haben.

Dieser traurigen Erfahrung eingedenk, bin ich in ähnlichen Fällen in nicht geringer Verlegenheit. Woher Auskunftsmittel? In der Anstalt finde ich sie nicht. Hat der Kranke Angehörige, von welchen man erwarten kann, dass sie ihn einigermaassen vernünftig behandeln werden, so entlasse ich ihn, nachdem seinen Angehörigen Anleitung gegeben worden ist, wie sie ihn bis zur völligen Genesung behandeln müssen. Dieser Versuch misslingt zuweilen, jedoch nicht immer: in einigen Fällen glückte er erst zum dritten Male.

Indess giebt die Erfahrung auch hier andere Resultate, als der Theorie nach zu erwarten wäre, und man würde sehr irren, wenn man glaubte der Eindruck, welchen der Aufenthaltsort auf unsere genesenden Kranken machte, müsse immer Nachtheil bringen. Wäre dies der Fall, so würden wir uns nicht so oft glücklicher Kuren zu erfreuen haben. Sagt man nur bei ge-

fühllosen Menschen, bei Menschen, die keine Bildung haben, keine Erziehung haben, könne dieser Eindruck ohne Nachtheil sein, so antworte ich: auch bei gebildeten Menschen, die ihre wiedererlangte Vernunft zu gebrauchen wissen, die es dankbar erkennen, dass die Vorsehung ihnen ihr verlorenes edeles Besitzthum wieder gab und — beweise dies durch Erfahrungen. Viele der Geheilten erwarten ruhig die Zeit ihrer Entlassung und verlassen dann unsere Anstalt mit Dankbarkeit und Frohsinn. Oefters reden mich Personen freundlich an und erinnern mich, dass sie ehemals meine Kranke in der Irrenanstalt gewesen wären. Sind denn überhaupt die Mittel angenehm, die der Arzt anwendet, um die zerrüttete Gesundheit wieder herzustellen? Ausserordentliche Krankheiten erfordern ausserordentliche Mittel! Dies ist der Fall bei Krankheiten der Seele.

Wenn man billig denkt und erwägt, dass alle menschliche Einrichtungen Unvollkommenheiten mit sich führen; so wird man, nach dieser kurzen aber treuen Darstellung, das Zurückschreckende an unserer Irrenanstalt nicht finden, was manche ähnliche Anstalten haben mögen. Sehr viel bleibt, auch so wie die Anstalt jetzt ist, noch zu wünschen und Manches würde besser sein, wenn man von dem Gesichtspunkte ausginge, die Irrenanstalt und nicht die Strafanstalt als Hauptanstalt zu betrachten.

Ueber die „paralytische Schrift".

Dr. *A. Erlenmeyer* hat in seiner dankenswerthen Abhandlung über „die Schrift"[1]) die Eigenthümlichkeit der Schreibweise der Paralytiker einer eingehenden Darlegung unterworfen. Form und Tragweite der daraus abgeleiteten Schlusssätze veranlassen mich zu einigen erläuternden respective modificirenden Bemerkungen.

Wenn l. c. betont ist, dass die Schrift der Paralytiker anfänglich eine „dysgrammatische" ist, d. h. eine durch Sinnfehler gestörte, welche erst später zur „ataktischen" sich gestaltet, d. h. mit Formfehlern sich complicirt, so befinde ich mich in voller Uebereinstimmung mit dem Herrn Verfasser. Dasselbe Ergebniss habe auch ich gefunden und bereits in meinem Handbuche ausgesprochen. Es verhält sich hier mit den Störungen der Schrift gerade wie mit den Störungen der Sprache und im Weitern der Motilität im Allgemeinen. Soweit die letztere „psychische Function" hat, wird zuerst diese geschädigt, und erst in der Folge fügen sich die grob motorischen Störungen hinzu. Den Anfang machen deshalb die psychomotorischen Defecte: in der Sprache das „Silbenstolpern", in der Schrift die Umstellungen, die Verdoppelungen und Ellipsen der Silben. Später kommt dort die articulatorische Störung, hier die Aenderung im Ductus der Schriftzüge. Ich freue mich soweit in Uebereinstimmung mit dem Herrn Verfasser mich zu wissen, obwohl er dies seinerseits nicht besonders hervorhebt.

[1]) Stuttgart 1879.



Weiter aber vermag ich mit dem Herrn Verfasser nicht zu gehen. Nach meinen Erfahrungen sind dessen Schlüsse, so richtig auch immerhin die zu Grunde gelegten klinischen Beobachtungen sind, doch zu bestimmt gefasst und namentlich zu sehr verallgemeinert, um sie nicht vorerst noch mit Vorsicht aufzunehmen. Ich möchte denselben, so wie sie formulirt sind, folgende Thatsachen aus meiner Erfahrung entgegenstellen:

1) Der Beginn der Paralyse unter der Form dysgrammatischer Schriftfehler ist, wie bereits einleitend bemerkt, zwar Regel, aber durchaus nicht ausnahmslose. Es giebt auch Fälle von ächter Paralyse — Schriftproben liegen mir vor — wo die ataktische Störung bestimmt den alleinigen initialen Defect ausmacht. In andern Fällen, in welchen die Schriftworte auf den ersten Blick nicht ganz intact erscheinen, lässt sich zum mindesten zweifeln, ob leichtere grammatische Mängel nicht erst secundär durch die Ataxie verschuldet sind. Denn wenn in einem ataktischen Schriftwort sich in den ungleichen verzitterten Buchstaben der scharfe Charakter eines oder mehrerer vereinzelter nicht so scharf abhebt, so darf daraus noch nicht der Schluss auf einen Defect im „Wortbild" gezogen werden, namentlich dann nicht, wenn der Kranke diese etwa undeutlichen einzelnen Buchstaben nachträglich selbst verbessert hat, wenn ferner die Worte gut lesbar und verständlich, wenn der Satz richtig, gut interpunctirt, und nirgends eine Wiederholung oder Ellipse sich befindet. *Erlenmeyer* zwar giebt auch Ausnahmen von seiner Regel zu, aber doch nur insoweit, als in zweien seiner Fälle mit dysgrammatischen Störungen die spätere Schrift-Ataxie ausblieb. Ich dagegen möchte, wie erwähnt, darauf Gewicht legen, dass gegentheils in einzelnen Fällen klassischer Paralyse die ataktische Störung überhaupt die einleitende und auch bleibende ist, und erst viel später die grammatische sich einstellt.

2) Im Anschluss hieran muss ich die Definition des Begriffs „dysgrammatisch" als „gegen die Regeln der Grammatik verstossend" für zu weit halten. Denn damit sind auch Auslassungen von einzelnen Schriftzeichen und namentlich von ganzen Worten eingerechnet — das „Zuwenig" in der Paralytiker-Schrift, wie es *Erlenmeyer* bezeichnet. In dieser Fassung scheint mir aber das psychomotorische und amnestische Moment — das schriftliche Silbenstolpern und die Wortellipsen — in dem klinischen Begriff „dysgrammatisch" vermischt zu sein. Dies ist bedenklich, sobald man die dysgrammatische Sprachstörung als das specifische Merkmal für die „diffuse Rinden-Erkrankung" beanspruchen will. Denn zu dieser klinischen Rückbeziehung sind wir nach der unzweifelhaften Analogie mit der Aphasie gewiss nur für die psychomotorischen Störungen berechtigt, nimmermehr aber dürften auch die Gedächtniss-Defekte im Wort oder Schriftbild nur schlechthin auf Rindenläsionen bezogen werden. Treffen wir doch amnestische Schriftstörungen bei den verschiedensten Reihen atrophischer Hirnprocesse, welche mit centralen Störungen direct oder gar ausschliesslich nichts zu thun haben. Speciell aber darf für die Schrift de

Paralytiker — ich verstehe hierunter immer die klassische Paralyse — der Begriff „dysgrammatisch" nur auf das „silbenstolpernde" Moment bezogen werden, d. h. auf die Umstellungen der Silben, auf das „zu viel" und das „zu wenig" der Silben, sofern dadurch das Wortbild im Einzelnen leidet.

Jedoch selbst in dieser Einschränkung wird die klinische Erfahrung noch manchmal genug Einsprache erheben, wenn man diese Schriftart mit der Paralyse *κατ' ἐξοχήν* zu identificiren versuchte. Es ist nämlich unbestreitbar, dass ganz dieselbe Schreibweise auch bei der Dementia senilis vorkommt (vielleicht auch ein Hinweis auf die Wesensverwandtschaft der Paralyse mit letzterer). Damit gestattet dieselbe aber selbstverständlich nur bedingt eine differentiell diagnostische Verwerthung.

Nun könnte man sich zwischen Dementia senilis und paralytica noch durch weitere Anhaltspunkte hindurchhelfen, und es bliebe schon ein grosser Gewinn, wenn es sich herausstellte, dass die dysgrammatische Schreibstörung nur bei „organischen" Rindenveränderungen vorkommt, dagegen nicht auch bei blos circulatorischen. *Erlenmeyer* scheint dieses anzunehmen; er versucht daraus sogar eine zuverlässige Unterscheidung zwischen gewöhnlicher und syphilitischer Paralyse zu gewinnen. Ich habe speciell über den letztern Punkt keine so detaillirte Erfahrung; möchte mir aber nur die eine Bemerkung erlauben, dass die Jodkalibehandlung auch bei gewöhnlichen Paralysen, ohne specifische Grundlage, nicht selten schon vorübergehende Besserungen, und zwar speciell auch der Schrift, aufzuweisen hatte. Wie soll man sich aber bezüglich der allgemeinen Frage nach dem Verhältniss der Schriftstörung zur Art der vorhandenen Rindenerkrankung einen Krankheitsfall, wie den nachstehenden, erklären, welcher klinisch genug schwere Rinden-Symptome und den deletärsten Verlauf, und andererseits untadelige[1]) Schriftleistungen darbot, einen Fall, welcher seiner klinischen Form nach am nächsten unter die „gallopirenden Paralysen" sich einreiht.

C. D., 32 Jahre alt, ohne erbliche Anlage und vorausgegangene Excesse, aber von jeher leidenschaftlich und jähzornig, erlitt 1867 eine Reihe von Gemüthsbewegungen, die den erregbaren Mann tief erschütterten und schlaflos machten. Früher von guter Erziehung und Bildung, wurde er jetzt auffallend barsch und rücksichtslos heftig. Dabei nahm sein Gedächtniss in bedenklicher Weise ab, so dass er an die einfachsten und geläufigsten Dinge in seinem Berufsleben — er war Kassenbeamter — gemahnt werden musste. Am 5. Mai überfiel ihn ein apoplektiformer Anfall. Stupides Wesen, Schiefstehen des linken Mundwinkels, lallende Sprache, seltener Puls. Nach dem Anfall hing der Kranke noch mehrere Tage nach rechts, wo zeitweise auch leichte Zuckungen auftraten. Der Gang war breitspurig und plump (Matrosengang), das Gedächtniss gestört, die Sprache pappig, und durch Amnesiren selbst der geläufigsten Worte sehr lückenhaft. Der

[1]) Die Originale sind in meiner Hand.



Kranke dämmerte indolent herum, dazwischen drang er unmotivirt in dies und jenes Zimmer der Wohnung, selbst bewaffnet. Nach Ablauf einiger Tage kehrte die Ruhe und die Beweglichkeit der paretischen Körperseite wieder, auch die Sprache wurde specifisch freier, und physisch wieder correcter; aber der Kranke war eine ganz andere Person geworden. Er benahm sich wie im Anfangsstadium einer raschen allgemeinen Paralyse. Er wurde brutal und rücksichtslos heftig gegen seine Frau, vernachlässigte seinen Dienst, steckte in der plumpsten Weise Geld aus der öffentlichen Kasse zu sich, entwendete Handschuhe, die er zu Hause lächelnd seiner Frau vorzeigte, machte die unsinnigsten Massenkäufe, z. B. von Hirschgeweihen, so viel er davon nur auftreiben konnte und bezahlte sie (obgleich sachverständiger Jäger) mit schwindelhaften Preisen. Einmal behängte er sich mit solchen und wollte über die Strasse gehen. Als er in diesem Gebahren fortfuhr, auf jeden Widerspruch rücksichtslos heftig wurde, und endlich auch anfing seine Jagdgewehre durch Schüsse auf die Strasse hinab zu probiren, wurde er in die Anstalt gebracht. In stumpfer Behaglichkeit leistete er Folge. In der Anstalt (Mai 1867) zeigte er ganz das Bild eines „Paralytikers": er häsitirte mit der Sprache, hatte den charakteristischen schlürfenden Gang, und zeigte geistig die fatale Euphorie mit Bewusstseinsstörung für die nächstliegenden Dinge und Tageserfordernisse. Der Kopf war beständig geröthet und warm. Die Untersuchung der Innenorgane ergab keine Abnormität, von Syphilis weder objectiv noch anamnestisch Etwas nachweisbar. Die Ruhe des Anstaltlebens, häufige Bäder mit Umschlägen, Regulirung des Stuhles, brachten bald eine grössere Componirtheit des ganzen Wesens zu Stande. Der Kranke fügte sich williger, begann zu schreiben, verfasste Bittschriften um Entlassung und zwar in auffallend correctem Style. Nur fehlte jede Einsicht in die Krankheit. Das stete Fortdrängen gab zu täglichen heftigen Scenen Veranlassung, da der beständig höchst reizbare Kranke keinen Widerspruch zu ertragen vermochte. Die Wallungszustände zum Kopfe, die amnestischen Sprachstörungen blieben. Im Juni und Juli hatte sich die Reizbarkeit wieder in solchem Grade gesteigert, dass der Kranke, jeder Haltung vergessend, die Andern in der gröblichsten Weise misshandelte, wenn sie sich nur in seine Nähe setzen wollten. Ueber die Aerzte raisonnirte er in Schimpfreden, andere Male war er wieder so harmlos, als ob er keinen Wunsch nach Entlassung je gehegt hätte. Er hatte zweifellos diese auch wieder vergessen. Sein Befinden konnte er nicht genug loben. Am 30. Juli trat ein Anfall von Convulsionen auf, in dessen Gefolge der Kranke einige Tage nachher erlag. Bei der Section fand sich Hyperämie des (an sich nicht abnormen) Schädels, theilweise Pacchymeningitis externa; dünne Membranen von frischen Gerinnseln, locker an der Innenseite der Dura anhaftend; milchige Trübung mit Oedem und stellenweiser Verdickung der stark injicirten Leptomeningen; kammartige Verschmälerung der Gyri, auf Stirn- und Schädellappen; stark klaffende Sulci, besonders an den Centralwindungen und der hinteren Frontal-

windung; fleckige, hellviolette Röthe der ziemlich derben Corticalis; Hyperämie der Marksubstanz; geringe Granulirung des Ependyms der Seitenventrikel, starke Ependymitis der Rautengrube; Streifenhügel fleckig geröthet; Gefässe der Basis ohne Veränderung. — Rückenmark consistent, Zeichnung erhalten, Hyperämie der grauen Substanz-Knochenplättchen in der Arachnoidea. — Lungen in den hinteren Partien hypostatisch. — Schlaffe, leicht verfettete Herzmuskulatur. Geringgradige Fettleber, leichte Milzvergrösserung. Corticalsubstanz der Nieren in mässigem Grade hyperämisch. Die übrigen Unterleibsorgane ohne Besonderheit.

Aus dem Angeführten dürfte zuzugeben sein, dass zwar zweifellos mit organischer Hirnrinden-Erkrankung nur bestimmte Schrift-Aeusserung beobachtet wird, dass aber dieser Satz nicht einfach umgekehrt werden darf. Denn es giebt thatsächlich Krankheitszustände, welche ihren Symptomen nach nur auf eine tiefe Rindenaffection bezogen werden können, und dennoch jene eigenartige Schriftstörung nicht zeigen. Es könnte nun eingewendet werden, dass darin gerade der Unterschied zwischen rein circulatorischen und organischen Corticalis-Erkrankungen gelegen sei. Wer möchte aber hierfür immer den Beweis antreten wollen, zumal congestive Hirnzufälle so sehr oft die Einleitung zur deklarirten Paralyse bilden, so dass sie gar nicht davon zu trennen sind? Warnen solche Erfahrungen an sich schon gegen eine zu weitgehende Verwerthung eines Einzelsymptomes — und wäre es selbst ein so intim psychomotorisches, d. h. corticales, wie Sprache oder Schrift — so muss um so entschiedener bis jetzt noch bezweifelt werden, dass es zu differential-diagnostischen Zwecken, namentlich für die polymorphen Anfänge des Leidens eine untrügliche „paralytische" Schriftstörung giebt. Diese wird für jene Fälle zutreffen, wo der pathologisch-anatomische Angriff in genügend diffusem und genügend intensivem Grade erfolgt ist, um entweder das Wortbild, oder die graphische Bahn — oder beide zugleich — zu schädigen. Sie wird aber fehlen, so lange der Process diese Ausbreitung oder Tiefe noch nicht erlangt hat, ohne dass aber deshalb gerade diese Fälle aus der Diagnose einer „Paralyse" gestrichen werden dürfen, welche nur zu oft durch den Weiterverlauf gerechtfertigt wird.

Weniger Bedenken möchte ich gegen die prognostische Verwerthung der Schrift nach dem Vorgange von *Erlenmeyer* hegen; denn auch mir erwiesen sich die ataktischen Störungen stets als prognostisch schlimm — um so schlimmer, wenn dieselben gleich Anfangs auftraten.

Schüle.

Ist die auf Angewöhnung beruhende Trunksucht ein Laster, ein Verbrechen oder eine Krankheit?

Dieser Untersuchung widmet Dr. *Bucknill* in seinem Werkchen über habitual druckness and insane drunkhards, London, Maxmillan and Co. 1878, einen Abschnitt, dessen Inhalt ich, ohne mich mit ihm in jedem Punkte zu identificiren, im Wesentlichen mitzutheilen für angemessen erachte, da bei den auf die Trinkerfrage gerichteten Bestrebungen vor allem Andern dieser Punkt klar gestellt werden muss, wenn die in Anregung gebrachten practischen Bemühungen dem beabsichtigten Zwecke entsprechend sich gestalten sollen.

Das englische Gesetz, welches jedem betrunkenen Menschen eine Geldbusse von 5 Schilling auferlege, mache das Sichbetrinken zu einem Vergehen gegen die Landesgesetze. Der Bericht des parlamentarischen Comités vom Jahre 1872 äussere sich dahin, „dass gelegentliches Trinken häufig zu gewohnheitsmässigem Trinken führe, und dann einen für den Trinker verderblichen Krankheitszustand herbeiführe". Diese Behauptung, dass Gewohnheitstrinken krank mache, sei bei weitem vorsichtiger als diejenige, dass Gewohnheitstrinken an und für sich auf Krankheit beruhe. Diese letztere Ansicht liege den meisten ärztlichen Schriften über diesen Gegenstand zu Grunde. — Auch Dr. *Bodrington* habe sich bei der letzten Jahres-Versammlung der British medical Association dahin geäussert, dass er alles Gewohnheitstrinken als eine Krankheit ansehe. Auf der ersten Versammlung der American Association for the Cure of inebriates sei diese Ansicht von dem krankhaften Wesen des unmässigen Trinkens als Dogma festgestellt worden. Bei der fünften Versammlung dieser Gesellschaft habe Dr. *R. P. Harris*, Director der *Franklin* Reformatory for inebriates einen Bericht vorgelegt, in welchem er, mehr in Uebereinstimmung mit dem Namen seiner Anstalt als mit dem Glaubensbekenntniss seiner Amtsgenossen, das Trinken als eine Gewohnheit, eine Sünde oder ein Verbrechen bezeichnete, und dass weniger die Heilung, als die Besserung der Trinker in's Auge zu fassen sei. Der Bericht wurde dem Verfasser wieder zugestellt mit dem Bemerken, er möge ihn so modificiren, dass er mit der Erklärung der Gesellschaft übereinstimme.

Bei der Untersuchung der eigentlichen Natur angewohnter Unmässigkeit im Trinken schliesst Verfasser zunächst die Fälle aus, in welchen das Trinken gewöhnliche körperliche Krankheiten verursacht hat, sowie diejenigen Fälle, in welchen Krankheit die Ursache des Trinkens war. Ebenso seien die seltenen, schwer zu verstehenden, unheilbaren Fälle auszuschliessen, welche ursprünglich als Dipso- oder Oinomanie beschrieben worden seien. bevor diese Ausdrücke auch für gewöhnliche Trunksucht in Gebrauch kommen.

Dipsomanie, eine Art moralischen Irrseins, äussere sich in einer Lei

schaft für übermässiges Trinken; nicht wegen des Trinkens selbst, noch wegen der Empfindungen, die es verursache, sondern nur zur Befriedigung eines krankhaften Impulses. Wie der Kleptomaniac stehle, nicht um des Besitzes der Sache willen, und der irre Mörder tödte, nicht um einen Menschen des Lebens zu berauben; so trinke der Dipsomaniac, nicht weil er es gern thue, noch um sich zu betrinken, sondern weil ein unbezähmbarer krankhafter Impuls ihn dazu treibe. Zur Aufstellung eines Falles wirklicher Dipsomanie müssten alle Manifestationen von Gemüthserkrankung (unsoundness of mind) ausgeschlossen werden; denn wenn diese vorhanden seien, so liege einfach ein Fall von Irrsein mit einem hervorragenden Symptome vor. In einem solchen Falle dürften auch keine weiteren Merkmale einer lasterhaften Disposition vorhanden sein, wenn man sich nicht der Gefahr aussetzen wolle, einen Trunkenbold mit superfeinen Entschuldigungen als Dipsomaniac zu bezeichnen. Das einfache Gewohnheitstrinken biete keine Symptome geistiger Erkrankung, sein einziges Merkmal sei eine leidenschaftliche, unvernünftige Befriedigung einer schädlichen Gewohnheit. Ist das eine Krankheit oder ein Laster? Sollen wir uns bemühen den Menschen zu heilen oder zu bessern? Denjenigen, welche unter Krankheit einen Zustand des materiellen, und unter Laster einen Zustand des immateriellen Elementes unserer Natur verstehen, würde die Antwort nicht schwer fallen.

Es sei aber zu bemerken, dass es ebenso wenig eine Krankheit an und für sich gebe, wie ein Laster. Die Idee einer Krankheit, und sei sie noch so specifisch, sei der verallgemeinerte Begriff des kranken Körpers, wie die Idee des Lasters der des lasterhaften Wesens. Realität sei an das Individuum gebunden. In diesem Falle etwa an John Jones, und es würde demnach die Frage lauten: Ist John Jones, da er häufig betrunken, krank oder lasterhaft? Man müsse zugeben, dass, wenn John Jones betrunken sei, sein Organismus sich in einem krankhaften Zustande befinde; denn jeder Zustand, in welchem die gesunden Functionen des Organismus gestört erscheinen, müsse als krankhaft bezeichnet werden. Die Frage concentrire sich demnach darauf, ob der nüchterne John Jones krank oder lasterhaft sei, wenn er im Begriffe stehe, den gebrauten Zaubertrank, dessen Wirkung er wohl kenne, zu trinken. Verfasser führt dann die gemeinsamen Ursachen und Eigenschaften von Krankheit und Lastern an.

a. Die Erblichkeit;
b. einen unbedeutenden Anfang mit allmähliger Steigerung;
c. die durch Fortdauer und Wiederholung bedingte Chronicität;
d. Heilung resp. Besserung durch Beseitigung der krank resp. lasterhaft machenden Ursache.

Als unterscheidende Merkmale beider Zustände erwähnt er:

a. Die mit der Krankheit verbundenen organischen Veränderungen, welche für das Laster nicht bekannt seien. Wären Laster und Krankheit identisch, so sei jede Strafe ungerecht. Aerzte sollten dann die Obrigkeit

und Geistlichkeit ersetzen, und Gerichtshöfe, Gefängnisse und Kirchen sollten in Hospitäler verwandelt werden.

b. Die Krankheitsursachen wie c. die Mittel gegen Krankheit seien immer psychischer, die des Lasters immer moralischer Natur.

d. Beseitigung der Krankheit führe zu leiblicher Gesundheit, — Beseitigung des Lasters zur Tugendhaftigkeit. Selbst wenn man den tugendhaften Zustand des Gemüthes als eine Bedingung der emotionellen Functionen des Gehirns betrachte, so sei doch der Begriff davon ein anderer, wie der von blosser physischer Gesundheit.

e. Mit seltenen Ausnahmen seien Geisteskranke sich ihres Unglücks bewusst; der Lasterhafte sei sich des Lasters bewusst. Krankheit könne Kummer verursachen, aber nicht die Reue des Lasters.

f. Krankhaftigkeit sei ein Zufall in der Natur des Menschen, Lasterhaftigkeit ein Element derselben. Was das Laster der Trunksucht anbetreffe, so habe es nie einen Stamm Wilder gegeben, der mehr als die Gelegenheit und die erste Lection bedurft habe, um sich blindlings in den Abgrund zu stürzen. Die Wilden aller Länder seien Gewohnheitstrinker. Nach diesen Vergleichen erweise sich Gewohnheitstrunksucht als ein Laster und nicht als Krankheit.

Alle gegen die Gewohnheitstrunksucht angewandten Mittel, auch die Trinker-Asyle, bezweckten eine Veränderung in dem Charakter des Menschen, welche aber selten erreicht werde. Die amerikanischen Aerzte, die vor Mr. *Dalrymple*'s Comité Bericht erstatteten, sagten, dass sie 34% der Trinker in ihren Anstalten heilten. Es sei ja anzunehmen, dass dieser Procentsatz die Anstalten nüchtern und gesund verlassen habe. Ganz anders aber urtheilten die Commissioners in Lunacy in Schottland über die wirkliche Besserung eines Trunkenboldes. In den ersten ihrer Berichte für die Jahre 1872, 1873 und 1874 sei der Aeusserung: „Es ist möglich, dass durch dauernde Zwangsenthaltung von alkoholischen Getränken dem Gewohnheitstrinker die Kraft der Selbstbeherrschung wiedergegeben wird, und dass er dadurch dem heftigen Verlangen, welchem er, wenn er frei ist, unterliegt, widerstehen kann“, die Bemerkung hinzugefügt, dass es nicht leicht sein würde, einen einzigen Fall dauernder und befriedigender Besserung aufzuweisen.

Dr. *Mitchell*, einer dieser Commissioners, habe dem Comité, welches durch das Zeugenverhör die Nothwendigkeit der Bestätigung eines Gesetzes für die Verhaftung und Einsperrung von Gewohnheitstrinkern in besondere Institute nachzuweisen wünschte, offen entgegnet, dass das beabsichtigte Gesetz die Ursache des Trinkens unberücksichtigt lasse; es befasse sich mit dem andern Ende des Uebels. Er glaube, dass solche Gesetzgebung nur durch ihre indirecten Wirkungen dem Trunke vorbeugen werde, da derselbe dadurch zu Zwangsarbeit und Freiheitsverlust führen könne. Um das Wachsthum des Uebels zu hemmen, solle man in allen Staatsschulen der Jugend die Erkenntniss der Gesetze beibringen, durch welche Gott die

Welt regiere, und dass man diesen Gesetzen Ehrfurcht schuldig sei. *Bucknill* bezeichnet das als wahre Weisheit, und es würde richtige Staatsklugheit sein, wenn man darnach handele. Man lehre das Volk dieses unheilbringende, entehrende Laster mit anderen Gefühlen betrachten. Durch den Bau von Trinkeranstalten auf Staatskosten würden die nüchternen und arbeitsamen Leute ruinirt, so gross sei die Zahl der Trinker. Ausserdem aber werde dadurch die verderbliche Lehre verbreitet, dass Trunksucht ein unwiderstehlicher krankhafter Impuls sei und kein entehrendes Laster, dem man in seinen ersten Anfängen widerstehen, und welches man, wenn schon stärker geworden, mit Aufbietung aller Kraft überwinden müsse. Was die bessere Klasse der englischen Gesellschaft anbetreffe, so sei diese in Folge zunehmender besserer Meinung, welche Trunksucht mehr und mehr als eine Schande betrachte, schon nüchterner geworden. Der in schändlicher Befriedigung dieses alten Lasters verharrende Rest sei kein Gegenstand des allgemeinen Bedauerns.

Wenn die Gewohnheitstrunksucht ein so hartnäckiges Laster sei, dass die schottischen Commissionars bei ihrer grossartigen Erfahrung auf diesem Gebiete kein Beispiel befriedigender, dauernder Besserung erfahren hätten, so würde es für die ganze Welt ein Segen sein, wenn, wie so oft behauptet werde, der Alkohol ein actives Gift wäre, welches der werthlosen Existenz des Trinkers ein baldiges Ende mache. Schlimmer als die Schande, welche seinen Angehörigen, schlimmer als die Gefahr, welche der menschlichen Gesellschaft durch den Trunkenbold erwachse, sei der unreine Saame des erblichen Lasters, welchen er säe. Glücklicher Weise sei Trunksucht eine directe Ursache der Sterilität.

Nach *Lippich* beschränke sich die Descendenz von Trinkern auf $^{2}/_{3}$ der Kinder nüchterner Menschen. In einem Werke „Les dégénérescences humaines" beweise *Morel* von Rouen, dass das Geschlecht von Trunkenbolden sicher in zwei oder drei Generationen aussterbe, nachdem es alle Phasen von nervöser Zerrüttung durchgemacht habe.

Dass das Verlangen des Trinkers unbezähmbar, und daher die Befriedigung desselben schuldlos sei, das könne man von jedem stets befriedigten Verlangen sagen; ja in gewissem Sinne von jedem Wunsche, dem man nicht widerstehe. Aber sei denn das Verlangen nach Getränken bei dem Trinker unbezähmbar? Der kluge, amüsante Trunkenbold *Rugby*'s, J. S. habe nach einem schweren Trinkgelage mit dem alten Lehrer Mr. *Sam Bucknill* um eine Guinée gewettet, dass er sich in zwölf Monaten nicht mehr betrinken würde. Er habe die Wette gewonnen. An dem Tage, an welchem die Wette ablief, wartete er bis 12 Uhr Mitternacht und fing wieder an zu trinken. „So lange er lebte, ist er nicht wieder nüchtern geworden."

Als Dr. *Dalrymple* i. J. 1871 die Trinkeranstalten der vereinigten Staaten besuchte, hätten diese noch grösstentheils das Vertrauen des Publikums besessen, und Verfasser glaube, dass *Dalrymple*'s Aussagen vor dem

Comité unparteiisch und ehrlich gewesen seien. Ausser ihm seien Dr. *Parish*, Director der Anstalt für den Staat Pennsylvanien in Media, und Dr. *Dodge*, Director für den Staat New-York in Binghampton befragt worden; und die Aussage dieser Herren, dass 34 % ihrer Trinker genäsen, habe natürlich einen ungeheuern Einfluss auf die Mitglieder des Comités gemacht. Als Verfasser aber im Jahre 1877 die Trinkeranstalten Amerika's explorirt habe, sei die Anstalt in Media ihres verfehlten Zweckes wegen aufgehoben gewesen. Die Anstalt bei New-York auf Wards Island sollte aus demselben Grunde aufgehoben werden. Wegen schlechten Erfolgs in den vereinigten Staaten habe die Regierung in Canada das zu gleichem Zwecke erbaute Gebäude als Irrenanstalt benutzt, und das Gesetz, betreffend Verhaftung Betrunkener, sei aufgehoben worden. In Maryland sei ein besonderer Saal für Trunkfällige; Dr. *Conrad*, Director des Hospitals, habe sich bei einer öffentlichen Gelegenheit dahin ausgesprochen, dass er von keinem einzigen Falle wisse, in welchem durch Isolirung Heilung bewirkt worden sei. *Bucknil* ist der Ansicht, dass die Behandlung von Trinkern auf Heilung ihrer vermutheten Krankheit ausnahmslos auf Irrthum der Auffassung beruhe. Die einzige Anstalt, in welcher er gute, ehrliche, ernste Arbeit gefunden habe, sei die Trinkerbesserungsanstalt in Philadelphia gewesen, wo bei der Behandlung der Trinker jeder Gedanke an Heilung einer Krankheit bei Seite gesetzt werde. Alle andere Anstalten trügen die Physiognomie von Logirhäusern, in denen der öffentliche Consum geistiger Getränke untersagt wäre. Alle Bewohner der Anstalten, mit denen sich *Bucknill* unterhalten, hätten zugegeben, dass sie sich auf ihren Spaziergängen Getränke jeder Art verschaffen könnten, und hätten die Einschränkungen anderer Anstalten, in denen sie gewesen, verspottet. Ganz besonders augenscheinlich sei der Mangel jeglicher Disciplin und jeglicher Behandlung in Binghampton gewesen, wo 34 % der Gewohnheitstrinker geheilt werden sollten. Die Luft dieses Ortes müsse demnach sehr heilsam sein!

Verfasser schätzt die Zahl der Bewohner sämmtlicher Trinkeranstalten Amerika's auf kaum 250 und meint, das Material der Anstalten seines Vaterlandes sei viel bedeutender. Er kenne nicht die Statistik dieser Anstalten bezüglich dauernder Besserung, aber nach dem, was er oft von Aerzten gehört habe, sei dieselbe nicht ermuthigend.

Zum Zwecke der Heilung von Gewohnheitstrinkern hält *Bucknill* eine neue, die Freiheit des Individuums beschränkende Gesetzgebung nicht für nothwendig, da die Fälle, in welchen neben dem Gewohnheitstrinker Symptome von Irrsinn vorhanden seien, den lunacy Gesetzen subsumirt werden könnten, der Staat aber nicht die Verpflichtung habe Dispositionen, sondern nur erwiesene Thatsachen zu bestrafen.

Der Trunkenbold solle bestraft werden, und zwar auf eine Weise, dass es eine Warnung für Andere sei. Es sei nicht anzunehmen, dass die Behörden einen Menschen für ein fortwährend wiederholtes Vergehen 50, nein 100 Mal gefänglich einziehen würden. Das geeignete Mittel würde ein Zuchthaus sein,

in welchem der Gewohnheitstrinker gezwungen wäre, seinen Lebensunterhalt zu verdienen, und aus welchem er nur versuchsweise, unter polizeilicher Aufsicht, entlassen werden könnte. Bis der Beweis erbracht, dass erwachsene Trunkenbolde gebessert werden könnten, sollte alles öffentliche Geld, welches zur Errichtung von Besserungsanstalten verbraucht worden sei, zur Besserung der Jugend angewendet werden, deren Verbrechen und Laster grösstentheils die Folge elterlicher Unmässigkeit seien. Da der Staat verpflichtet sei die öffentliche Versuchung zu Lastern zu verhüten, so müsse er auch den Verkauf geistiger Getränke streng controlliren, damit der Verkäufer nicht der Gelegenheitsmacher der Trunksucht werde.

Vor allen Dingen aber sollten die öffentliche Meinung und der Einfluss jedes rechtdenkenden und rechtfühlenden Menschen sich diesem Laster widersetzen; das sei der einzige Boden, in welchem eine allgemeine Mässigkeit feste Wurzeln fassen könne. Es komme weniger darauf an, die Trunkenheit zu bestrafen, wie die Mässigkeit zu fördern.

Seit Dr. *Bucknill* diese Abhandlung geschrieben, ist die Trinkerfrage in Grossbrittanien in ihrer Entwickelung nicht stehen geblieben. Nach dem Tode des Dr. *Dalrymple* eine Zeit lang bei Seite gelegt, wurde dieselbe in der vorjährigen Parlamentssession von Dr. *Cameron* wieder aufgenommen, und mit einigen Modificationen wurde die von ihm dem Parlamente eingereichte Bill in diesem Jahre gesetzlich festgestellt. Das Journal of mental science giebt in No. 74 p. 223 einen Auszug dieses Gesetzes: dasselbe trete am 1. Januar 1880 in Kraft und erlösche am 1. Januar 1886.

Nach einer Erklärung der Ausdrücke „summary conviction", „summary jurisdiction", „court of summary jurisdiction" folgt eine Definition des Wortes „Retreat"; dasselbe sei ein durch diesen Act berechtigtes Haus für die Aufnahme, Einschränkung, Pflege und Behandlung von habitual drunkards. Dieser selbst sei ein Mensch, der durch die Gewohnheit, berauschende Getränke im Uebermaass zu trinken, sich selbst und Andern gefährlich, oder unfähig sei, für sich zu sorgen, oder seine Angelegenheiten zu verwalten. Das Gesuch um die Concession zur Errichtung eines Retreats müsse bei dem Grafschafts- oder Ortschafts-Richter eingereicht werden; dem Gesuche sei ein Plan des Hauses beizufügen, mit Angabe der Grösse der Zimmer, der vorhandenen Einrichtung zur Trennung der Geschlechter, der Ausdehnung zugehöriger Ländereien, und der Vermögensverhältnisse des Bewerbers. Die Concession könne einer oder mehreren Personen für einen Zeitraum von nicht über 13 Monaten gewährt werden; dieselbe könne von der Ortsobrigkeit erneuert, aufgehoben oder transferirt werden. Die Ortsobrigkeit oder der von dem Staatssecretaire zu ernennende Inspector of retreats könne die Entlassung oder Entfernung der Patienten aus einem Retreat, welches für seinen Zweck untauglich geworden, bestimmen. Die Aufnahme eines Gewohnheitstrinkers in ein Retreat geschehe auf Grund eines in gehöriger Form abgefassten Gesuches, mit Angabe der Zeit (nicht

über 12 Monate), welche er zu bleiben wünsche. Zwei Personen haben zu bezeugen, dass Bewerber ein Gewohnheitstrinker sei. Die Unterschrift des Gesuchs muss von zwei Friedensrichtern, wenn sie sich überzeugt haben, dass Bewerber ein Gewohnheitstrinker ist und nachdem sie ihm die Natur des Gesuches erklärt haben, beglaubigt werden.

Der Anstaltsinhaber muss innerhalb zwei Tage nach Aufnahme eines Bewerbers der Ortsobrigkeit eine Abschrift des Gesuches einreichen.

Der Inspector of Retreat, welchem nöthigenfalls ein Assistant-Inspector beizugeben ist, hat die Retreat's zu inspiciren, und alle drei Jahre dem Staatssecretair einen Bericht über dieselben vorzulegen. Letzterer kann nach eigenem Gutdünken oder in Folge des Berichtes einen Befehl zur Entlassung irgend eines in der Anstalt befindlichen Patienten geben. Ein Richter des High court of justice kann auf eine Eingabe ex parte an die Kammern (Chambres) einen Befehl zur Untersuchung wegen einer im Retreat untergebrachten Person ergehen lassen; ebenso ein County court Richter, in dessen District die Anstalt liegt.

Ein Friedensrichter kann auf Ansuchen des Concessionsinhabers einem Patienten erlauben, sich eine Zeit lang (doch nicht länger als 2 Monate) aus der Anstalt zu entfernen. Dieser Zeitraum soll nicht von der Zeit seines Aufenthalts in dem Retreat in Abzug gebracht werden.

Dieser Urlaub wird durch einen Rückfall zum Trinken oder durch einen Fluchtversuch von der Person, zu welcher der Trinker beurlaubt ist, verwirkt.

Es wird als ein Vergehen gegen diesen Act angesehen, wenn man einen Bewohner einer Anstalt vernachlässigt, ihm zur Flucht verhilft, oder ihm, ohne Erlaubniss des Concessionsinhabers, geistige Getränke irgend welcher Art verschafft.

Wenn ein Gewohnheitstrinker dem Reglement des Retreats, in welches er aufgenommen wurde, den Gehorsam verweigert, so kann er in Folge summarischer Verurtheilung mit 5 pounds, oder mit Gefängniss bis zu sieben Tagen bestraft werden. Echappirt ein Gewohnheitstrinker aus einem Retreat, so kann ein Friedensrichter, wenn die vorgeschriebene Zeit seiner Detention noch nicht abgelaufen ist, einen Verhaftsbefehl gegen ihn erlassen; verhaftet muss er vor den Friedensrichter geführt werden, welcher ihn der Anstalt wieder überliefern kann. Von dem erfolgten Tode eines Insassen, sowie von der Todesursache muss dem Coroner[1]), dem Registrar of deaths (Civilstandsbeamte) und der Ortsobrigkeit Anzeige gemacht werden.

In einer Mittheilung der No. 75 desselben Journals p. 406 wird die Zeit der Gültigkeit dieses Gesetzes auf zehn Jahre angegeben. Der Nutzen

[1]) Coroner heisst der Staatsbeamte, welcher in richterlichen Fällen die Aufnahme des Leichenbefundes zu machen hat; er entspricht unserem Kreisphysicus. Anmerk. d. Uebers.

dieses Gesetzes würde dadurch sicher beschränkt, dass die Aufnahme in ein Retreat eine freiwillige sei. „Wie viele werden sich sua sponte einer zwangsweisen Beschränkung ihrer Freiheit für ein Jahr unterziehen? Sicher sehr wenige. Für die grosse Majorität der Fälle, in welchen der egoistische und nicht selten heftige Gewohnheitstrinker Hab und Gut seiner Familie vergeudet und sie in's Verderben stürzt, ist also kein Heilmittel geboten. Die Sache wäre ganz anders, wenn solche Menschen der Macht des Gesetzes unterworfen würden, wenn sie gründlich bestraft und dauernd vor solchen Verbrechen behütet werden könnten. Aber jeder weiss, dass in nur verhältnissmässig wenigen Fällen Strafe auferlegt werden kann; dass der Sünder nach kurzer Gefangenschaft nach Hause zurückkehrt, um sein Verbrechen zu wiederholen. Werden Privatunternehmen zur Errichtung von Anstalten für eine so zweifelhafte Besetzung hinreichend unterstützt werden? Wir werden sehen." Die Retreat's sollen zwei Mal im Jahre inspicirt werden. Das Gesuch um Aufnahme in dieselben laute folgendermaassen:

Ich, der Unterzeichnete, ersuche Sie hiermit, mich zufolge des habitual drunkards Art. 1879 als Patienten in Ihre Anstalt zu ..... aufzunehmen. Ich verpflichte mich, wenigstens (wenn ich nicht vorher in gehöriger Form entlassen werde) für einen Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten darin zu bleiben, und mich allen Anordnungen, welche während dieser Zeit in der Anstalt vorgeschrieben sind, zu fügen.

Der Obengenannte unterzeichnete dieses Gesuch in unserer Gegenwart. Wir überzeugten uns, dass er im Sinne der habitual drunkards Art. 1879 zur Zeit ein Gewohnheitstrinker sei, und wir machten ihm die Folgen seines Gesuches und seine Aufnahme in die Anstalt klar. Er schien dies vollkommen zu verstehen.

......

Datum. Friedensrichter der Grafschaft (oder Ortschaft).

Namen der Zeugen:	Name des Bittstellers:
Adresse:	Adresse:
Signalement:	Signalement:

Einer der Concessions-Inhaber müsse in der Anstalt wohnen, derselbe sei für die Verwaltung verantwortlich. Ein in gehöriger Form qualificirter Arzt solle als Hausarzt angestellt werden. Ist einer der Concessions-Inhaber selbst Arzt, so darf er als Hausarzt fungiren.

Verweigert wird die Concession, wenn der Bewerber schon eine Concession für eine Irrenanstalt hat. Dr. *August Meyer*-Eitorf.

Deutsche Civilprocessordnung. — Folgende Paragraphen der am 1. October 1879 in Kraft getretenen deutschen Civilprocessordnung beziehen sich auf das Verfahren gegen Geisteskranke in Entmündigungssachen.

§ 593. Eine Person kann für geisteskrank (wahnsinnig, blödsinnig u. s. w.) nur durch Beschluss des Amtsgerichts erklärt werden.

Der Beschluss wird nur auf Antrag erlassen.

§ 594. Das Amtsgericht, bei welchem der zu Entmündigende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat, ist ausschliesslich zuständig.

Gegen einen Deutschen, welcher seinen Wohnsitz nur im Auslande hat, kann der Antrag bei dem Amtsgerichte seines letzten Wohnsitzes im Deutschen Reich gestellt werden.

§ 595. Der Antrag kann von dem Ehegatten, einem Verwandten oder dem Vormunde des zu Entmündigenden gestellt werden. Gegen eine Ehefrau kann nur von dem Ehemanne, gegen eine Person, welche unter väterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, nur von dem Vater oder dem Vormunde der Antrag gestellt werden. Die Bestimmungen des bürgerlichen Rechts, nach welchen noch andere Personen den Antrag stellen können, bleiben unberührt.

In allen Fällen ist auch der Staatsanwalt bei dem vorgesetzten Landgerichte zur Stellung des Antrags befugt.

§ 596. Der Antrag kann bei dem Gerichte schriftlich eingereicht oder zum Protokoll des Gerichtsschreibers angebracht werden. Er soll eine Angabe der ihn begründenden Thatsachen und die Bezeichnung der Beweismittel enthalten.

§ 597. Das Gericht hat unter Benutzung der in dem Antrage angegebenen Thatsachen und Beweismittel von Amtswegen die zur Feststellung des Geisteszustandes erforderlichen Ermittelungen zu veranstalten und die geeignet erscheinenden Beweismittel aufzunehmen.

Das Gericht kann vor Einleitung des Verfahrens die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses anordnen.

Der Staatsanwalt kann in allen Fällen das Verfahren durch Stellung von Anträgen betreiben.

Für die Vernehmung und Beeidigung der Zeugen und Sachverständigen kommen die Bestimmungen im siebenten und achten Titel des ersten Abschnitts des zweiten Buchs zur Anwendung. Die Anordnung der Haft des § 355 kann von Amtswegen erfolgen.

§ 598. Der zu Entmündigende ist persönlich unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständiger zu vernehmen.

Die Vernehmung kann auch durch einen ersuchten Richter erfolgen.

Die Vernehmung kann unterbleiben, wenn sie nach Ansicht des Gerichts schwer ausführbar oder für die Entscheidung unerheblich oder für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden nachtheilig ist.

§ 599. Die Entmündigung darf nicht ausgesprochen werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden gehört hat.

§ 600. Sobald das Gericht die Anordnung einer Fürsorge für die Person oder das Vermögen des zu Entmündigenden für erforderlich hält, ist der Vormundschaftsbehörde zum Zwecke dieser Anordnung Mittheilung zu machen.

§ 601. Die Kosten des Verfahrens sind, wenn die Entmündigung erfolgt, von dem Entmündigten, andernfalls von der Staatskasse zu tragen.

Insoweit einem der im § 595 [1] bezeichneten Antragsteller bei Stellung des Antrags nach dem Ermessen des Gerichts ein Verschulden trifft, können demselben die Kosten ganz oder theilweise zur Last gelegt werden.

§ 602. Der die Entmündigung aussprechende Beschluss ist dem Antragsteller und dem Staatsanwalt von Amtswegen zuzustellen.

§ 603. Der die Entmündigung aussprechende Beschluss ist von Amtswegen der Vormundschaftsbehörde, und wenn eine gesetzliche Vormundschaft stattfindet, auch dem gesetzlichen Vormunde mitzutheilen.

Mit der Mittheilung des Beschlusses an die Vormundschaftsbehörde tritt die Entmündigung in Wirksamkeit.

§ 604. Gegen den Beschluss, durch welchen die Entmündigung abgelehnt wird, steht dem Antragsteller und dem Staatsanwalte die sofortige Beschwerde zu.

In dem Verfahren vor dem Beschwerdegerichte finden die Vorschriften des § 597 entsprechende Anwendung.

§ 605. Der die Entmündigung aussprechende Beschluss kann im Wege der Klage binnen der Frist eines Monats angefochten werden.

Das Recht zur Erhebung der Klage steht dem Entmündigten selbst, dem Vormunde desselben und den im § 595 bezeichneten Personen zu.

Die Frist beginnt für den Entmündigten mit dem Tage, an welchem er von der Entmündigung Kenntniss erhalten hat, für die übrigen Personen mit der Bestellung des Vormundes und im Falle einer gesetzlichen Vormundschaft mit der Mittheilung des Beschlusses an den gesetzlichen Vormund.

§ 606. Für die Klage ist das Landgericht, in dessen Bezirke das Amtsgericht seinen Sitz hat, ausschliesslich zuständig.

§ 607. Die Klage ist gegen den Staatsanwalt zu richten.

Erhebt der Staatsanwalt die Klage, so ist dieselbe gegen den Vormund des Entmündigten als Vertreter desselben zu richten.

Hat eine der im § 595 [1] bezeichneten Personen die Entmündigung beantragt, so ist dieselbe unter Mittheilung der Klage zum Termine zur mündlichen Verhandlung zu laden. Dasselbe gilt im Falle des Beitritts im Sinne des § 95 als Streitgenosse der Hauptpartei.

§ 608. Mit der die Entmündigung anfechtenden Klage kann eine andere Klage nicht verbunden werden.

Eine Widerklage ist unzulässig.

§ 609. Will der Entmündigte die Klage erheben, so ist ihm auf seinen Antrag von dem Vorsitzenden des Processgerichts ein Rechtsanwalt als Vertreter beizuordnen.

§ 610. Bei der mündlichen Verhandlung haben die Parteien die Ergebnisse der bei dem Amtsgerichte stattgehabten Sachuntersuchung, soweit es zur Prüfung der Richtigkeit des angefochtenen Beschlusses erforderlich ist, vollständig vorzutragen.

Im Falle der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit des Vortrags hat der Vorsitzende dessen Berichtigung oder Vervollständigung, nöthigenfalls unter Wiedereröffnung der Verhandlung, zu veranlassen.

§ 611. Die Vorschriften der §§ 577, 578 finden entsprechende Anwendung.

Der Parteieid ist ausgeschlossen.

§ 612. Die Vorschriften der §§ 598, 599 finden in dem Verfahren über die Anfechtungsklage entsprechende Anwendung.

Von der Vernehmung Sachverständiger darf das Gericht Abstand nehmen, wenn es das vor dem Amtsgericht abgegebene Gutachten für genügend erachtet.

§ 613. Wird die Anfechtungsklage für begründet erachtet, so ist der die Entmündigung aussprechende Beschluss aufzuheben. Die Aufhebung tritt erst mit der Rechtskraft des Urtheils in Wirksamkeit. Auf Antrag können jedoch zum Schutze der Person oder des Vermögens des Entmündigten einstweilige Verfügungen nach Maassgabe der §§ 815 bis 822 getroffen werden.

Die Aufhebung hat zur Folge, dass die Gültigkeit der bisherigen Handlungen des Entmündigten auf Grund des Beschlusses, welcher die Entmündigung ausgesprochen hatte, nicht in Frage gestellt werden kann. Auf die Gültigkeit der bisherigen Handlungen des bestellten oder gesetzlichen Vormundes, hat die Aufhebung keinen Einfluss.

§ 614. Unterliegt der Staatsanwalt, so ist die Staatskasse zur Erstattung der dem obsiegenden Gegner erwachsenen Kosten in Gemässheit der Bestimmungen des fünften Titels des zweiten Abschnitts des ersten Buchs zu verurtheilen.

Ist die Klage von dem Staatsanwalt erhoben, so hat die Staatskasse in allen Fällen die Kosten des Verfahrens zu tragen.

§ 615. Das Processgericht hat der Vormundschaftsbehörde und dem Amtsgerichte von jedem in der Sache erlassenen Endurtheile Mittheilung zu machen.

§ 616. Die Wiederaufhebung der Entmündigung erfolgt auf Antrag des Entmündigten oder seines Vormundes oder des Staatsanwalts durch Beschluss des Amtsgerichts.

§ 617. Für die Wiederaufhebung der Entmündigung ist das Amtsgericht ausschliesslich zuständig, bei welchem der Entmündigte seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

Ist der Entmündigte ein Deutscher und hat er seinen Wohnsitz nur im Auslande, so kann der Antrag bei dem Amtsgerichte seines letzten Wohnorts im Deutschen Reiche gestellt werden, sofern die Entmündigung von einem deutschen Gericht ausgesprochen ist.

Die Bestimmungen der §§ 596—599 finden entsprechende Anwendung.

§ 618. Die Kosten des Verfahrens sind von dem Entmündigten, wenn

das Verfahren von dem Staatsanwalt ohne Erfolg beantragt ist, von der Staatskasse zu tragen.

§ 619. Der über die Wiederaufhebung der Entmündigung zu erlassende Beschluss ist dem Antragsteller und im Falle der Wiederaufhebung dem Entmündigten sowie dem Staatsanwalte von Amtswegen zuzustellen.

Gegen den Beschluss, durch welchen die Entmündigung aufgehoben wird, steht dem Staatsanwalte die sofortige Beschwerde zu.

Die rechtskräftig erfolgte Wiederaufhebung ist der Vormundschaftsbehörde mitzutheilen.

§ 620. Ist der Antrag auf Wiederaufhebung von dem Amtsgericht abgelehnt, so kann dieselbe im Wege der Klage beantragt werden.

Zur Erhebung der Klage ist der dem Entmündigten bestellte Vormund und der Staatsanwalt befugt.

Will der Vormund die Klage nicht erheben, so kann der Vorsitzende des Processgerichts dem Entmündigten einen Rechtsanwalt als Vertreter beiordnen.

Auf das Verfahren finden die Vorschriften der §§ 606—615 entsprechende Anwendung.

Prov. Sachsen. — Der Provinzial-Landtag hat bestimmt, dass das von der Provinz bei Gelegenheit der goldenen Hochzeit des Kaisers gesammelte Kapital zur Erbauung eines Asyles für unheilbare, nicht gemeingefährliche Irre im Anschluss an die Irrenanstalt Altscherbitz verwandt werde. Zu verschiedenen baulichen Einrichtungen in der Irrenanstalt zu Nietleben (bei Halle) sind 270,000 M., zur Vollendung des Neubaues der Irrenanstalt Altscherbitz 87,000 M. bewilligt worden.

Aus Andernach im December. — Am 9. d. M. Nachmittags brach in Folge von unvorsichtiger Handhabung der Löthlampe beim Aufthauen eingefrorener Wasserleitungsröhren auf dem Dachboden des Isolirgebäudes für weibliche Kranke durch Entzündung der Umhüllung des dort befindlichen Wasserreservoirs Feuer aus und gewann sofort bei der Unmöglichkeit, den betreffenden, ebenfalls eingefrorenen Feuerhahn (18° R. Kälte) benutzen zu können, eine solche Ausdehnung, dass eiligst zur Entleerung des Gebäudes geschritten werden musste. Dieselbe gelang in kurzer Zeit so vollständig, dass auch das Inventar bis auf einzelne auf dem Speicher befindliche Gegenstände gerettet werden konnte. Trotz der sofortigen Anwendung der Löschungsapparate Seitens der Anstalt und der Hülfeleistung der Spritze der benachbarten Irren-Bewahr-Anstalt St. Thomas brannte das Isolirgebäude bis auf die Mauern in den folgenden Nachtstunden ab, und nur der fast vollkommenen Windstille ist es zuzuschreiben, dass das Feuer nicht durch die Verbindungsgänge weiter verbreitet wurde. Die Lösch-

arbeit war bei der grossen Kälte, welche nach wenigen Minuten die auf dem Erdboden liegenden Schläuche gefrieren machte, so dass dieselben immer wieder im Dampfkesselraume der Anstalt aufgethaut werden mussten, eine äusserst schwierige, und es machte einen geradezu unheimlichen Eindruck, wenn man in dem brennenden Gebäude fusslange Eiszapfen an den hell lodernden Gesimsen hängen und das durch die Spritzen eingebrachte Wasser auf dem Fussboden sofort zu Eis gefrieren sah. Die Anstalt besitzt eine weitverbreitete Terrain-Wasserleitung, die von einer natürlichen Quelle gespeist wird, aber keine Dampfröhrenleitung und keine Extincteure, durch die dem Brande wohl rascher und erfolgreicher hätte gesteuert werden können. — Die Entleerung des in Brand gerathenen Gebäudes geschah in grosser Ordnung und Stille, und es konnten die unruhigen Kranken einstweilen in eine andere leerstehende Abtheilung des Gebäudes für halbruhige Kranke untergebracht werden. Bemerkenswerth war dabei die Beobachtung, dass auf den grössten Theil der übrigen in den anderen Pavillons der Anstalt befindlichen Kranken das Ereigniss kaum eine Einwirkung äusserte, dass dagegen die durch den Brand direct betroffenen Kranken in den ersten 2 Tagen vollständig ruhig wurden und weder durch lautes Wesen noch durch Zerstörung in den vorläufig zu ihrer Aufnahme benutzten und aller besonderer Sicherungseinrichtungen entbehrenden Localen Störungen hervorriefen. Nach Ablauf dieser 2 Tage begann aber das unruhige Treiben der Kranken wieder in alter Weise und dauert noch fort, ohne Spuren eines bleibenden Eindrucks in dem psychischen Inhalt der Delirien hinterlassen zu haben. Die Verpflegung der aufgeregten Kranken bis zum Wiederaufbau der Isolirabtheilung in der wärmeren Jahreszeit wird voraussichtlich noch grosse Schwierigkeiten bereiten.

In Wyl (Ct. St. Gallen, Schweiz) — hat Dr. *Henne*, fr. Director der Canton-Anstalt St. Pirminsberg eine Heil- und Pflegeanstalt „Radenzburg“ für 24 Kranke errichtet, zunächst für Gemüthsleiden jeder Art, sodann auch für körperlich Kranke.

Zur Vormundschaftsordnung. — Auf Antrag eines seiner Verwandten war ein junger Mann als irrsinnig in eine Irrenanstalt gebracht, demselben in der Person dieses Verwandten ein Vormund bestellt und Letzterem das Vermögen des Geisteskranken zur Verwaltung ausgehändigt worden. Einige Jahre später gelangte der Pflegebefohlene wieder in den vollen Besitz seiner Geisteskräfte, so dass die über ihn bestellte Vormundschaft aufgehoben werden konnte. Der Vormundschaftsrichter veranlasste hierauf den Vormund, eine Schlussrechnung zu legen, und übersendete dieselbe dem bisherigen Mündel zur Erklärung. Gegen die Richtigkeit dieser Rechnung hatte der Wiedergenese nichts einzuwenden, verlangte aber vergeblich die

Herausgabe des ihm danach zustehenden Vermögens von seinem Vormunde und wendete sich endlich, um in den Besitz seiner Gelder zu kommen, an das Vormundschaftsgericht, ist aber auch hierdurch nicht in das Eigenthum seines Vermögens gelangt, da ihm folgender, später durch das Obergericht bestätigter Bescheid zu Theil wurde: Die Thätigkeit des Vormundschaftsgerichts hört mit der Empfangnahme der vom Vormunde gelegten Schlussrechnung auf. Nach Aufhebung der Vormundschaft hat das Gericht keine Disciplinargewalt über den Vormund, insbesondere auch keine Zwangsmittel, um denselben zur Herausgabe des verwalteten Vermögens zu veranlassen. Deshalb muss es dem Beschwerdeführer überlassen bleiben, seine Ansprüche wider seinen früheren Vormund im Wege Rechtens geltend zu machen. — Diese durch die bestehende Vormundschaftsordnung durchaus gerechtfertigte Verfügung liefert einen neuen schlagenden Beweis dafür, dass eine Abänderung dieses die Alleinherrschaft der Vormünder in Betreff der Verwaltung der Mündelgelder aussprechenden Gesetzes dringend geboten ist.

Familienpflege. — Frau M., eine bereits betagte Dame in Berlin, wohnt seit Jahren bei ihrem Sohne, einem Ministerialbeamten, und dessen junger Frau. In letzter Zeit litt die Dame an Schwermuth, gleichzeitig klagte sie über heftige Schmerzen am Zeigefinger und Mittelfinger der linken Hand. Der Hausarzt wurde zu Rathe gezogen. Derselbe erklärte jedoch die Finger der Dame für vollkommen gesund und hielt die Klagen der Patientin für Einbildung. Die Dame wandte sich nun an andere Aerzte und verlangte in den letzten Tagen allen Ernstes, dass ihr die Finger amputirt werden sollten. Ihrem Wunsche wurde jedoch nicht entsprochen. Die alte Dame klagte auch dann nicht mehr über Schmerzen in den Fingern, und schon glaubten die Angehörigen, dass sich die Mutter zufrieden gegeben. Sie sollten jedoch sehr bald, und zwar auf eine schreckliche Weise, eines schlimmeren belehrt werden. Am Dienstag Mittag, als das Dienstmädchen mit dem Anrichten des Essens beschäftigt war, erschien plötzlich die alte Frau M. ganz verstört in der Küche, ergriff ein scharfes Hackebeil, legte die linke Hand auf den Küchentisch, und ehe es das Mädchen noch verhindern konnte, trennte die alte Dame mit einem Hieb des Beiles den Zeigefinger und den Mittelfinger von der linken Hand. Von Blut überströmt, sank sie bewusstlos zu Boden. Aerztliche Hülfe war sofort zur Stelle.

Aus Paris. — In Ville-Évrard sind die Functionen des Directors und des Arztes getheilt worden.

Im Hospitale St. Anne steht die Eröffnung der Klinik für Geisteskranke, einst vom Präfecten *Duval* unterdrückt, nunmehr bevor.

Das Departement der Seine hatte in seinen 3 grossen Anstalten (St. Anne,

Ville-Evrard und Vaucluse) wie in einigen Provinzialanstalten Ende 1878 7677 Irre, welche 1878 eine Ausgabe von 4,215,367 Fr., mehr als das Viertel Budget des Departements, erforderten.

Die Academie française hat eine Medaille von 1000 Fr., den Preis *Monthyon*, einer Pflegerin der Salpetrière verliehen, *Leontine Nicolle*. Der Minister der öffentlichen Arbeiten hat die Officiers-Palme der Academie hinzugefügt.

In England — ist jetzt in mehreren Anstalten das „Open Door" System für die oberen Klassen neben dem non-restraint in jeder Weise für alle Klassen zur Ausführung gebracht worden.

Personal-Nachrichten.

Dr. *von Krafft-Ebing*, Prof. extraord. u. Director der Landes-Irrenanstalt zu Feldhof bei Graz ist zum Prof. ord. an der Universität Graz,

Dr. *Paetz*, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Altscherbitz ist zum commissarischen Director derselben ernannt,

Dr. *A. Schmitz*, bisher Hilfsarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Düren, zum dirig. Arzt der *Peters*'schen Privatanstalt zu Kessenich bei Bonn,

Dr. *Sioli*, bisher Oberarzt an der Irrenstation der Charité in Berlin zum 2. Arzt der Prov.-Irrenheilanstalt in Leubus berufen worden.

Dr. *Seebohm*, Director der Privat-Heilanstalt zu Münden hat den Charakter als Sanitätsrath,

Dr. *Voppel*, Med.-Rath. u. fr. Director der Pflegeanstalt zu Colditz und

Dr. *Levinstein*, Geh. San.-Rath u. Director des Maison de santé zu Schöneberg haben das Ritterkreuz 1. Kl. des Kgl. Sächsischen Albrechts-Ordens erhalten.

Dr. *Sig. Sinogowitz*, Geh. San.-Rath u. Regimentsarzt ist 84 Jahre alt, am 28. Dec.,

Dr. *Rüppel*, Geh. Med.-Rath u. Director der Prov.-Irrenanstalt zu Schleswig, 72 Jahre alt, am 30. Dec.,

Dr. *Stoelzner*, Hausarzt an den Landesanstalten zu Hubertusburg, gestorben.

Carl Friedrich Flemming,

geb. den 27. Dec. 1799 zu Jüterbock, ist am 27. Januar c. in Wiesbaden gestorben und am 3. Febr. c. zu Schwerin in Meklenburg beerdigt worden.

Als ein ächter Ritter vom Geiste hat er ein langes Leben für seinen Beruf siegreich gekämpft, den ersten Neubau einer Irrenheilanstalt in Deutschland ausgeführt, diese Zeitschrift mitbegründet, den Stiftern des Vereins der deutschen Irrenärzte angehört, als deren langjähriger Präsident er die Sitzungen vorbereitete und leitete, und in zahlreichen Schriften seine wissenschaftlichen Forschungen und practischen Erfahrungen niedergelegt. Durch die lange Dauer seiner Thätigkeit, durch die Vielseitigkeit seiner Gaben, durch seinen unermüdlichen Schaffensdrang, durch seine von vielen Seiten beanspruchte Mitwirkung hat er wohl am hervorragendsten zum Ausbau der deutschen Psychiatrie in ihrer Eigenart mitgewirkt. Mit ihm ist der letzte Pionier des deutschen Irrenwesens in's Grab gesenkt.

Ihm blieb als ein köstlicher Schmuck des Charakters bei so reichen Gaben und Erfolgen die Bescheidenheit, welche es nicht zuliess, dass man während seines Lebens von seinen Verdiensten zu ihm sprechen durfte. Ihm blieb die Neigung, Jedem zu helfen, der seine Hülfe begehrte, bis an's Ende des Lebens.

Der Lorbeerkranz, der vom Verein der deutschen Irrenärzte seinen Sarg schmückte, war ein wohlverdienter und das zahlreiche Gefolge, welches bei seinem stillen Begräbnisse dem Sarge folgte, ehrte ihn und diejenigen, welche ihn zu seiner Ruhestättte begleiteten und nicht immer während des Lebens seine Anschauungen theilten. Requiescat in pace!

An die Leser und Mitarbeiter!

Die unterzeichneten Redaktions-Mitglieder der Allg. Zeitschrift für Psychiatrie haben sich geeinigt, der genannten Fachschrift mit Jahresbeginn 1880 eine Inhalts-Erweiterung zu geben, und zwar durch halbjährliche Berichte über die Leistungen in den zugehörigen Disciplinen. Eine besondere Motivirung dieses Vorgehens wird um so weniger hier nöthig sein, als dem Verlangen nach regelmässigen Referaten schon seit Jahren Ausdruck gegeben wurde. Unser Ziel dabei ist: den Leser über den Stand unsers Fachs fortlaufend unterrichtet zu halten, dem beschäftigten Praktiker die Mühe der Umschau in den verschiedenen, nicht immer zugänglichen Journalen zu ersparen, dem strebenden Forscher das Nachschlagen zu erleichtern, der fortschreitenden Wissenschaft aber in sachlicher Kritik des Gebotenen den jeweilig geläuterten Gewinn zuzuweisen.

Der Uebersicht wegen ordnen wir die Referate vorläufig nach folgenden Gruppen:

1) Psychologie;
2) Psychophysik;
3) Allg. Path. u. Therapie der Psychosen mit patholog. Anatomie;
4) spezielle Pathologie und Therapie;
5) Anstaltswesen;
6) Statistik;
7) gerichtl. Psychopathologie.

Vorläufig sind für die einzelnen Gruppen Referenten ernannt worden, welche sich auch zur Uebernahme bereit erklärten. So ist die Psychologie von *Flemming* über-

nommen, die Psychophysik von *Dittmar*. Die dritte der obigen Gruppen von *Schüle*. In die vierte werden sich *Stark*, *Kind*, *Pelman*, *Ripping*, *Freusberg* und *Kirn* theilen. Anstaltswesen wird *Laehr* übernehmen, Statistik *Ullrich*; gerichtl. Psychiatrie *v. Krafft-Ebing*. Zur Oberleitung des gesammten Unternehmens, zur Vertheilung und Einsammlung des Referat-Materials hat sich *Nasse* erboten.

Die Referate werden sich auf die psychiatrische Literatur des In- und Auslands beziehen. Dieselben sollen klar und in knappster Kürze abgefasst sein. Bedeutendere Spezialwerke werden die geziemende eingehendere Besprechung finden.

Für das pünktliche Erscheinen der Semestralberichte werden der Chef-Redakteur und der Herr Verleger, welcher in der entgegenkommensten Weise dem Unternehmen seine Unterstützung zugesagt hat, nach Kräften zu sorgen bereit sein. Die Mitarbeiter ihrerseits sind bemüht dieses Bestreben zu ermöglichen.

Es versteht sich, dass zur pünktlichen Bewältigung dieser ausgedehnten Aufgabe noch eine weitere Arbeitstheilung nöthig werden wird. Die Ankündigung unsers neuen Unternehmens soll uns auch unterstützende Arbeitskräfte gewinnen helfen. Indem wir versuchen eine längst gefühlte Lücke im Inhalt unserer Zeitschrift auszufüllen, stellen wir zugleich die Bitte um möglichst vielseitige Theilnahme. Jeder Beitrag, namentlich auch in der Besprechung grösserer Werke, wird uns erwünscht sein. Es genügt zu diesem Zwecke die einfache Anfrage resp. Mittheilung an den Leiter, Dr. *Nasse*-Andernach, oder auch an den betreffenden Fach-Referenten. Sendungen werden erbeten an Dr. *Nasse*, die Fach-Referenten oder an den Verleger (G. Reimer in Berlin, Anhaltische Str. 12).

Als Material wird vom Verleger (Herr G. Reimer in Berlin, Anhaltische Str. 12) an Zeitschriften geliefert:

Mind.
Journal of Mental Science.
West Riding Asyl Reports.
Brain.
Americ. Journal of Insanity.
Journ. of Nervous et Mental disease ed. by Jewell and Bannister.

Ann. méd. psych.
Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique.
Archiv. Italiano par le malatie nerv.
Gazetta Frenocomia di Reggio.
Rivista Sperimentale di Freniatria et de Medecine Legale.
The Alienist and Neurologist edit. of Dr. *C. H. Hughes*.
Jahrbücher für Psychiatrie. Neue Folge des psychiatr. Centralblattes. Herausg. von *Gauster* u. *Meynert*.
Archiv für Psychiatrie. Herausg. von *Westphal*.
Irrenfreund. Herausg. von *Brosius*.
Centralblatt für Psychiatrie. Herausg. von *Erlenmeyer*.

Schmidt's Jahrbücher.
Deutsehe Medic. Wochenschrift.
Berliner klin. Wochenschrift.
Wiener med. Wochenschrift.
Allgem. Wien. med. Zeitung.
Wiener medic. Presse.
Virchow's Archiv.
Ziemssen's Archiv.
Prager Vierteljahrsschrift.
Annales d'hygiène publiq. et de méd. lég. de Paris.
Ann. et bull. de la Soc. de Méd. de Gand.
Blätter des statistischen Bureau's in Berlin.
Eulenberg's Vierteljahrsschrift f. gerichtl. u. öffentl. Med.
Corresp.-Bl. für Schweiz. Aerzte.
Memorabilien.

Möge das neue Unternehmen die Aufnahme und das Entgegenkommen finden, welches wir denselben zum Wohl unserer Wissenschaft wie zur Pflege unserer Collegialität aufrichtig wünschen!

Flemming. v. Krafft-Ebing. Laehr.

Nasse. Schüle.

Verzeichniss der Mitarbeiter.

Redaction:

Dr. Flemming, Geh. Med.-Rath, gew. Dir. d. Irrenheilanstalt Sachsenberg bei Schwerin (Meklenburg).

Dr. von Krafft-Ebing, Professor u. Director der Landes-Irrenanstalt Feldhof bei Graz.

Dr. W. Nasse, Geh. Medicinalrath u. Director der Prov.-Irrenanstalt zu Andernach.

Dr. Schüle, Medicinalrath u. Arzt an d. Heil- und Pflegeanst. Illenau bei Achern (Baden).

Dr. H. Laehr, Geh. Sanit.-Rath und Dir. d. Asyls Schweizerhof bei Berlin.

Herausgeber und Mitarbeiter.

Herr Dr. van Andel, Dir. und Chefarzt der Heil- und Pflegeanstalt zu Zütphen.
- - Arndt, Prof. d. Psych. an der Univ. Greifswald.
- - Ast, Dir. der Heil-Anstalt bei Schussenried (Würtemberg).
- - Bartens, 2. Arzt der Irrenheilanstalt in Siegburg.
- - Besser, Dir. d. Privat.-Irrenanstalt zu Pützchen bei Bonn.
- - Binswanger, Dir. des Asyls Villa Bellevue in Kreuzlingen am Bodensee.
- - Boettger, Director des Asyls Carlsfeld (Stat. Brehna).
- - Brosius, Director d. Priv.-Irrenanstalt zu Bendorf und Sayn bei Coblenz.
- - Brückner, San.-Rath u. Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Creutzburg.
- - G. Burckhardt, 2. Arzt der Irrenanstalt Waldau (Schweiz).
- - Claus, 1. Hülfsarzt der Heilanstalt Sachsenberg.
- - Cramer, Prof. und Dir. d. Prov.-Irrenanstalt zu Marburg.
- - Delbrück, Geh. San.-Rath, Physikus und Arzt an der Strafanstalt zu Halle.
- - Domrich, Hof- und Ober-Med.-Rath zu Meiningen.
- - Emminghaus, Docent an der Universität zu Würzburg.

Herr Dr. H. Engelken, fr. Dir. d. Priv.-Anst. zu Rockwinkel bei Bremen.
- - Erhardt, Prof. d. gerichtl. Medicin zu Kiew (Russland).
- - Eschenburg, dir. Arzt an d. Irrenanstalt zu Lübeck.
- - Everts, emer. Dir. d. Irrenanst. zu Meerenberg jetzt in Arnheim.
- - Feith, pract. Arzt in Cöln.
- - Finkelnburg, Geh. Med.-Rath, Prof. u. Mitglied des Reichsgesundheitsrathes zu Berlin.
- - Fischel, Professor und Director der Irrenanstalt zu Prag.
- - Fischer, Geh. Hofrath u. Dir. d. Irrenanstalt. z. Pforzheim.
- - Fischer, 2. Arzt der Irrenanstalt zu Pforzheim.
- - Focke, pract. Arzt in Coblenz.
- - Fränkel, San.-Rath u. Dir. der Irrenanstalt zu Bernburg.
- - Frese, Staatsrath, Prof. a. d. Univ. u. Dir. d. Irrenanstalt zu Kasan.
- - Freusberg, Dir. der Prov.-Irrenanstalt in Andernach.
- - Fröhlich, Stabsarzt am Friedr.-Wilh.-Institut in Berlin.
- - Fürstner, Prof. an der Univers. Heidelberg.
- - Gauster, San.-Rath u. Primararzt der Landesirrenanst. zu Wien.
- - v. Gellhorn, Dir. d. Irrenanst. zu Ueckermünde (Prov. Pommern).
- - van Geuns, Prof. d. Pathologie u. ger. Medicin zu Amsterdam.
- - Güntz, Geh. Med.-Rath, auf Güntzburg bei Meissen.
- - Th. Güntz, Dir. d. Priv.-Irrenanstalt Thonberg bei Leipzig.
- - A. Gutsch, Med.-Rath u. 1. Arzt d. Strafanstalten zu Bruchsal.
- - Hagen, Hofrath, Prof. an der Univ. u. Dir. der Irrenanstalt zu Erlangen.
- - Hasse, Dir. d. Irrenanstalt zu Königslutter (Braunschweig).
- - Hecker, Dir. d. Irrenpflegeanstalt zu Plagwitz (Prov. Schlesien).
- - Henningsen, 2. Arzt an der Irrenanstalt zu Schleswig.
- - Hergt, Geh. Hofrath u. Dir. der Irrenanstalt Illenau (Baden).
- - Hertz, San.-Rath u. Dir. der Privat-Irrenanstalt zu Bonn.
- - Hoestermann, Dir. der Irrenanstalt Valduna (Tyrol).
- - H. Hoffmann, Geh. San.-Rath u. Dir. der Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.
- - Holst, in Christiania.
- - Huppert, dirig. Arzt d. Irren-Siechenanst. zu Hochweitzschen bei Döbeln.
- - Ideler, San.-Rath u. Director der Irrenpflegeanstalt zu Dalldorf.
- - Jastrowitz, Privatdocent an der Univ. Berlin.
- - Jehn, 2. Arzt an der Irrenanstalt bei Düsseldorf.
- - Jensen, Dir. der Ost.-Preuss. Prov.-Anstalt zu Allenberg.
- - W. Jessen, Med.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. Hornheim bei Kiel.
- - Jung, San.-Rath, Director d. Irrenheilanst. zu Leubus (Schlesien).
- - Kahlbaum, Dir. d. Priv.-Heilanst. zu Görlitz.
- - Karuth, Geh. San.-Rath, Physikus und Dir. der Irrenanst. zu Sorau.

Herr Dr. Kelp, Ober-Med.-Rath, fr. Dir. d. Irrenanstalt Wehnen zu Oldenburg.
- - Kiderle, Dir. d. Kreis-Irrenanst. zu Irsee (Bayern).
- - Kind, Dir. d. Idiotenanst. in Langenhagen bei Hannover.
- - Knoch, prakt. Arzt in St. Petersburg.
- - Koch, Director der Landesirrenanstalt zu Zwiefalten (Würtemberg).
- - Köhler, Arzt der Landesanstalten zu Hubertusburg (Sachsen).
- - Köstl, Prof., in Karpfenberg an der Oestreich. Südbahn.
- - Koster, San.-Rath, Dir. der Prov.-Irrenanstalt zu Marsberg.
- - Kowalewsky, Docent der Psych. u. Oberarzt des Hospitals zu Charkoff.
- - Krauss, Oberamtsarzt zu Tübingen.
- - Kroemer, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Halle.
- - Leidesdorf, Prof. an der Univ. u. Dir. d. Privatanst. zu Ober-Döbling bei Wien.
- - Lessing, Geh. Med.-Rath, Dir. der Heilanstalt Sonnenstein bei Pirna (Sachsen).
- - van der Lith, Prof. u. Arzt an d. Irrenanstalt zu Utrecht.
- - Löchner, Director der Heilanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
- - Lorent, prakt. Arzt zu Bremen.
- - G. Ludwig, Geh. Med.-Rath u. Dir. an d. Irrenanst. zu Heppenheim.
- - v. Ludwiger, 2. Arzt der Prov.-Irrenanstalt zu Creutzburg.
- - Mäder, Med.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. zu Roda (Altenburg).
- - Mendel, Privatdocent an d. Univ. Berlin u. Dir. der Privatheilanstalt zu Pankow.
- - Meschede, Docent der Psych. u. Director der städt. Krankenanstalt zu Königsberg i. Pr.
- - E. Meyer, San.-R. u. Dir. d. Irrenanst. Brake (Lippe-Detmold).
- - Fr. Meyer, Geh. San.-Rath u. cons. Arzt der Priv.-Irrenanstalt zu Eitorf.
- - A. Meyer, Director der Privat-Irrenanstalt zu Eitorf.
- - O. Müller, Dir. d. Priv.-Heilanst. f. Nervenkr. zu Blankenburg am Harz.
- - Neuhof, em. Dir. d. Landesanst. zu Colditz (Sachsen), z. Z. in Dresden.
- - H. Neumann, Prof. an d. Univ. u. Dir. d. Privatanstalt Pöpelwitz bei Breslau.
- - F. Obernier, Professor an d. Univ. zu Bonn.
- - H. Obersteiner, Docent an der Universität zu Wien.
- - Oebeke, Dir. der Privatanstalt in Endenich.
- - Otto, Assistent der Heil- und Pflegeanstalt Illenau.
- - Pelman, San.-R. u. Dir. d. Prov.-Irrenanst. Grafenberg b. Düsseldorf.

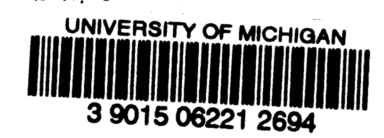
Herr Dr. Pfleger, Hausarzt an d. Siechen- u. Versorgungsanstalt zu Ybbs.
- - Ramaer, General-Inspector der Niederländischen Irrenanst. zu Grafenhaag.
- - Reich, fr. Assistent an d. Heil- u. Pflegeanstalt Illenau.
- - Reimer, Med.-Rath in Dresden.
- - Reissner, Ober-Med.-Rath in Darmstadt.
- - Reumont, Geh. San.-Rath in Aachen.
- - Rheiner, in St. Gallen.
- - Richarz, Geh. San.-Rath in Endenich bei Bonn.
- - v. Rinecker, Hofrath u. Prof. an d. Univ. Würzburg.
- - Ripping, Dir. d. Irrenheilanst. zu Düren.
- - Roller, C., Arzt in Illenau.
- - Roller, Grossh. badischer Amtsrichter in Achern.
- - Rothe, Staatsrath u. Dir. d. Irrenanst. zu Warschau.
- - Rüppel, Geh. San.-Rath u. Dir. d. Irrenanst. zu Schleswig.
- - A. Sander, praktischer Arzt zu Elberfeld.
- - Schäfer, 2. Arzt der Privatheilanstalt Schweizerhof.
- - v. Schaeffer, Ober-Med.-Rath in Cannstadt.
- - Schlangenhausen, Privatdocent u. 1. Ass.-Arzt der Irrenanst. Hall in Tyrol.
- - Schlager, Prof. an d. Univ., Landesgerichtsarzt zu Wien, Dir. der niederösterreichischen Landesirrenanstalt.
- - Scheltema, praktischer Arzt in Arnheim.
- - Schnirch, Dir. d. Landesirrenanst. zu Budapest.
- - Scholz, Dir. d. allgem. Krankenhauses zu Bremen.
- - Schröter, Oberarzt an der Irrenanstalt in Dalldorf.
- - Schupmann, San.-Rath u. dir. Arzt d. Siechenanstalt zu Gesecke (Westfalen).
- - O. Schwartz, Reg.-Med.-Rath zu Cöln.
- - Schwartzer, Reg.-Rath u. Dir. d. Priv.-Irrenanst. zu Ofen.
- - Sehrt, Dir. und 1. Arzt des Landeshospitals Hofheim (Hessen).
- - G. Seifert, prakt. Arzt zu Dresden.
- - H. Selmer, Dir. d. Irrenanst. zu Aarhuus (Dänemark).
- - Servaes, prakt. Arzt zu Cöln.
- - Silomon, prakt. Arzt in Norden (Prov. Hannover).
- - Smoler, Director des Allgem. Krankenhauses zu Prag.
- - Snell, Geh. San.-Rath und Dir. d. Irrenanst. zu Hildesheim.
- - Sonden, Reg.-Med.-Rath im San.-Colleg. zu Stockholm.
- - Sponholz, prakt. Arzt in Charlottenburg.
- - Stark, Dir. d. Irrenanst. Stephansfeld (Elsass).
- - Steinthal, Geh. San.-Rath in Berlin.
- - Stölzner, Anstaltsarzt in Hubertusburg.
- - Tigges, Med.-Rath u. Dir. der Heilanst. Sachsenberg.
- - Tribolet, fr. Dir. d. Irrenanst. Waldau b. Bern.

Herr Dr. Urtel, Assistenzarzt der Prov. Irrenanst. zu Halle.
- - Virchow, Geh. Med.-Rath, Prof. d. path. Anat. u. allg. Path. zu Berlin.
- - Vix, Geh. Med.-Rath in Metz.
- - Voppel, Med.-Rath, fr. Dir. d. Landesanst. zu Colditz (j. in Leipzig).
- - Weiss in Wien.
- - Wendt, Dir. d. Irrenanst. zu Schwetz (Westpreussen).
- - Wendt, Ass.-Arzt d. Irrenheilanst. Sachsenberg bei Schwerin.
- - Wernicke, Privatdocent an der Universität zu Berlin.
- - Wiebecke, Med.-Rath an d. Kgl. Landdrostei zu Hildesheim.
- - Wiedemeister, Director der Privatanstalt zu Ballenstedt im Harz.
- - L. Wille, Prof. u. dir. Arzt der Irrenanst. zu Basel.
- - Witkowsky, Assistent d. psychiatr. Klinik zu Strassburg.
- - Wolff, Dir. d. Privatanst. Lindenhof b. Coswig.
- - Zenker, Kreisphysicus in Schivelbein (Pommern).
- - Zillner, Prof. u. Primärarzt an d. Irrenanst. zu Salzburg.
- - Zinn, Geh. San.-Rath, Dir. u. Chefarzt d. Irrenanstalt zu Eberswalde.
- - Zippe, k. k. Landes-Gerichtsarzt in Wien.

Druckfehler.

S. 560, Z. 18 v. o. „Formen" statt „Frauen".
S. 606, Z. 10 v. o. „ihm" statt „ihr".
S. 607, Z. 5 v. u. „Vorausgegangenem" statt „Vorausgegangenen".
- - Z. 17 v. u. „gegenseitig" statt „gegenwärtig".
- - Z. 22 v. u. „Negation" statt „negative".
S. 608, Z. 17 v. o. „empirisch" statt „energisch".
- - Z 3 v. u. „andern" statt „andere".
S. 610, Z. 11 v. o. „Culturentwicklung" statt „Culturbevölkerung".
- - Z. 17 v. o. „Geschehen" statt „Geschehene".


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06221 2694


UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 06221 2694


Digitized by Google

